

Apoio ao Cliente

923 165 166 / 923 165 166

info@fortalezaseguros.ao

Dados do Mediador

Nome

MUTAMBA

Dados do Tomador do Seguro

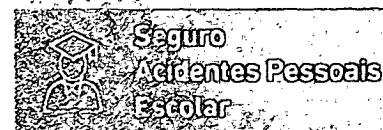
Nº Cliente

19132941

Nº Identificação fiscal

Nº de Documento de Identificação

000134699LA022



Dados da Apólice

Nome e Morada do Tomador

FILOMENA MANUEL FONSECA ROMAO

CASA Nº28 BAIRRO CAOP B VIANA

Condições Particulares da Apólice Acidentes Pessoais

Luanda, 28 de Agosto de 2019

Estimado Cliente,

O presente documento estabelece o conteúdo das Condições Particulares do seguro subscrito, incluindo quais as coberturas contratadas aplicáveis aos objectos seguros detalhadas no verso.

Manifestamos desde já, a nossa inteira disponibilidade para prestar todos os esclarecimentos adicionais que se revelem necessários.

Seguro Acidentes Pessoais

Produto

Acidentes Pessoais

Nº Apólice

30-00085616

Duração do Contrato

ANO E SEGUINTE

Data de Início

28-08-2019

Data de Vencimento / Fim

28 AGOSTO

Dados de Pagamento

Periodicidade de Pagamento

ANUAL

Modo de Pagamento

DÉBITO BANCÁRIO

Prémio Anual

2.243,28 AKZ

Prémio Recibo ⁽¹⁾

2.700,10 AKZ

(1) Início da cobertura do seguro, sujeito ao pagamento do prémio ou fracção inicial.

(2) Este valor já inclui os encargos fiscais em vigor.

(3) Este valor já inclui os encargos fiscais em vigor, bem como outros custos de emissão da Apólice.

Objecto do Seguro

Detalhe da Pessoa Segura | Acidentes Pessoais

Nome da Pessoa: WILMER DANIEL FONSECA ROMAO NIF:
Data de Nascimento: 2012/06/24 Data de Adesão: 2019/08/28
Profissão: Aluno

Coberturas, Capitais e Franquias | Acidentes Pessoais

Coberturas	Capital	Franquias
COBERTURA BASE		
MORTE	200.000,00 AKZ	
INVALIDEZ PERMANENTE	300.000,00 AKZ	
DESPESAS DE TRATAMENTO	100.000,00 AKZ	
RESPONSABILIDADE CIVIL PESSOAL	200.000,00 AKZ	

Âmbito de Risco

Salvo exclusões constantes das Condições Gerais e Especiais da Apólice, a Pessoa Segura encontra-se coberta pelos seguintes riscos:

A este contrato são aplicáveis as disposições acima apresentadas e ainda as Condições Gerais e Especiais do Produto subscrito, onde constam nomeadamente as definições das coberturas acima indicadas, os riscos excluídos e as obrigações do segurador e do Tomador de Seguro aquando da subscrição, podendo a todo o momento ser solicitadas segundas vias dessas Condições directamente ao Segurador.

Com os nossos melhores cumprimentos,

A FORTALEZA Seguros, S.A.

Assinaturas


Jorge Pereira da Silva
Administrador

Emanuel Barbosa
Director Técnico





REPÚBLICA DE ANGOLA
BILHETE DE IDENTIDADE
DE CIDADÃO NACIONAL


Nome Completo:
 FILOMENA
 MANUEL FONSECA ROMÃO
Filiação:
 PIO
 CARDOSO FONSECA
 e
 ISABEL MADALENA
 MUHONGO MANUEL
Bilhete de Identidade N.º
000134699LA022


ASSINATURA DO TITULAR


BANCO MILLENNIUM ATLANTICO
FOTOCOPIA FIEL DO ORIGINAL
 ASS. 

Residência: CASA Nº5
 JACINTO TCHIPA
 VIANA
Natural da: VIANA
 VIANA
Provincia de: LUANDA
Data de Nascimento: 20/01/1983
Sexo: FEMININO **Altura(m):** 1.63
Estado Civil: CASADA
Emitido em: 07/12/2017 **Valido ate:** 07/12/2022



DIRECTOR NACIONAL DE IDENTIFICACAO






Seguro
Acidentes Pessoais
Bônus

Seguro Novo ☒ Alteração ☐ Proposta n.º 2019082811130908067 Apólice n.º
Agência MUTAMBA
Colaborador UAL01391
Mediador

Seguro Acidentes Pessoais

Proposta de Adesão

Proponente / Tomador do Seguro

(a pessoa abaixo identificada é quem assina a proposta de seguro e se responsabiliza pelo pagamento do prémio)

Nome FILOMENA MANUEL FONSECA ROMAO

Morada CASA Nº28 BAIRRO CAOP B

Município VIANA

Data de Nascimento 20 / 1 / 1983

Sexo F ☒ M ☐

Estado Civil Casado(a)

B.I./Passaporte 000134699LA022

Nº Contribuinte

Profissão Não Definida

Telefone

Telemóvel 264030020

E-mail

Pessoas Seguras

Nome WILMER DANIEL FONSECA ROMAO

Morada VIANA

Profissão Aluno

Data de Nascimento 2012/06/24

Bilhete de Identidade

Número de Contribuinte

Sexo

M ☒

F ☐

Veículos Motorizados de 2, 3 ou moto quatro

N ☒

S ☐

Questionário

Genérico:

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro?

☐ Não

☐ Sim

Se sim, para que Pessoa Segura e qual o Segurador?

Pessoa Segura

☐ 1

☐ 2

Segurador:

Saúde:

Alguma das Pessoas Seguras sofre ou sofreu de paralisia, surdez, diabetes, epilepsia, doença, incapacidade ou invalidez, defeito físico, ou foi atingido por qualquer invalidez que, pela sua natureza, possa determinar, agravar as suas consequências ou demorar a cura?

☐ Não

☐ Sim

Se sim, para que Pessoa Segura?

Pessoa Segura

☐ 1

☐ 2

Em caso de invalidez, qual a percentagem?

Qual o motivo?

Desportos:

Qual(Quais) o(s) desporto(s) que pratica?

Pessoa Segura 1:

Pessoa Segura 2:

PLANOS, OPÇÕES, COBERTURAS E CAPITALIS

Indique o Plano, a Opção, a Cobertura e os Capitais pretendidos (pré-definidos):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plano Protecção Pessoal | Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo* |
| <input type="checkbox"/> Plano Protecção Jovem | Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo* |
| <input type="checkbox"/> Plano Desporto, Cultura e Recreio | Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo* |
| <input checked="" type="checkbox"/> Plano Seguro Escolar | Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo* |

Cobertura	Capital AOA	Cobertura	Capital AOA
<input checked="" type="checkbox"/> Morte	200 000,00	Despesas de Internamento Hospitalar	
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez Permanente	300 000,00	Subsidio Diário por Incapacidade Temporária *	
Morte ou Invalidez		Subsidio Diário por Internamento Hospitalar *	
<input checked="" type="checkbox"/> Despesas de Tratamento	100 000,00	<input checked="" type="checkbox"/> Responsabilidade Civil Pessoal	200 000,00
Despesas de Funeral		Responsabilidade Civil Estabelecimento	
Bagagens			

*valor dia

Prémio Total Anual

2 700,10 AKZ

PLANO SEGURO ESCOLAR

Coberturas	A	B	C	D	E
Morte	200 000,00	300 000,00	400 000,00	400 000,00	500 000,00
Invalidez Permanente	300 000,00	600 000,00	900 000,00	1 250 000,00	1 500 000,00
Despesas Tratamento	100 000,00	150 000,00	200 000,00	250 000,00	500 000,00
Responsabilidade Civil (aluno), p/sinistro e ano	200 000,00	400 000,00	600 000,00	800 000,00	1 000 000,00
Cobertura Opcional:					
Responsabilidade Civil (estabelecimento) p/sinistro e ano	500 000,00	1 000 000,00	1 500 000,00	2 000 000,00	3 000 000,00

Em caso de Invalidez Permanente, só são consideradas desvalorizações iguais ou superiores a 10%.

As Incapacidades Permanentes iguais ou superiores a 66% serão consideradas como sendo iguais a 100%, com base na tabela das Condições Gerais do Seguro.

Idade limite: Subscrição, Pessoa Segura deverá ter entre 5 e 60 anos de idade.

Riscos cobertos: Profissionais e Extra-Profissionais.

Anexo à Proposta

Dados da Proposta

Nº da Proposta 2019082811130808067

Questionário

Genérico:

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro?

☐ Não ☐ Sim Se sim, para que Pessoa Segura e qual o Segurador? Segurador: _____

Saúde:

Alguma das Pessoas Seguras sofre ou sofreu de paralisia, surdez, diabetes, epilepsia, doença, incapacidade ou invalidez, defeito físico, ou foi atingido por qualquer invalidez que, pela sua natureza, possa determinar, agravar as suas consequências ou demorar a cura?

☐ Não ☐ Sim Se sim, para que Pessoa Segura?

Em caso de invalidez, qual a percentagem? _____

Qual o motivo? _____

Desportos:

Qual(Quais) o(s) desporto(s) que pratica? _____

Luanda, 28 de Agosto de 2018



Emanuel Barbosa
(Diretor Técnico)

Autorização de Débito Directo em Conta Bancária

Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à FORTALEZA Seguros, S.A., do prémio relativo ao Seguro contratado através da presente Proposta e na periodicidade acordada.

Banco

BIC SWIFT

Nº de Conta

IBAN

Pagamento pontual

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a FORTALEZA Seguros, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da FORTALEZA Seguros, S.A..

Os seus direitos referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco, não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do consequente incumprimento do contrato de Seguro.

Na situação de pagamento de quaisquer valores decorrentes do presente contrato de Seguro, deverá ser feito o crédito na mesma conta, salvo instruções expressas em contrário.

Local MUTAMBA

Data

28

de

Agosto

de

2018

Assinatura dos Titulares da Conta:

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

Declarações, Data e Assinaturas

Para efeitos de celebração do(s) presente(s) contrato(s) de seguro, o proponente/Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s) declara(m) que:

1. São exactas e completas as declarações prestadas, tendo tomado conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-lhe(s) sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, de que tomou/tomaram integral conhecimento e tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições contratuais, nomeadamente sobre as garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concorda(m). As omissões, inexactidões ou falsidades quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo são da responsabilidade do(s) Proponente(s)/Tomador do Seguro e ou da(s) Pessoa(s) Segura(s).
2. O risco que pretende segurar não esteve coberto total ou parcialmente por nenhum contrato relativamente ao qual exista um prémio, fracção de prémio ou outra quantia em dívida.
3. Autoriza(m) o tratamento efectuado com ou sem meios automatizados dos próprios dados pessoais fornecidos e do registo dos acessos, consultas, instruções e outras informações respeitantes a este contrato, bem como tratamento de informação que lhe(s) respeite recolhida indirectamente juntos de outras fontes. Os dados pessoais recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais da Seguradora e seus subcontratados, sendo a mesma responsável pelo seu tratamento.
4. Autoriza(m) ainda a Seguradora a proceder à recolha de dados pessoais relativos à respectiva saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e outros organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois da sua morte, tendo em vista a confirmação ou complemento de informação prestada quando ou após subscrição do presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição do seguro ou de gestão da relação contratual subseqüente, designadamente para efeitos de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença ou acidente que venha a provocar a morte ou incapacidade, e que compreende (m) a essencialidade desta autorização para a possibilidade de celebração do presente contrato de seguro.
5. Mais autoriza(m) a Seguradora a manter um registo por meios electrónicos, digital ou outro, das conversas mantidas no âmbito de canais telefónicos especializados, incluindo a identificação codificada do Cliente e instruções por si transmitidas, destinadas quer ao esclarecimento de dúvidas, quer a ser apresentado a juízo em caso de litígio.
6. Autoriza(m) a Seguradora a utilizar esses dados para actualização dos respectivos registos, sendo o mesmo, os agrupamentos complementares de empresas por ele constituídos ou as empresas por este dominadas ou participadas, incluindo as empresas, sucursais e escritórios de representação estabelecidos no estrangeiro, aos quais pode comunicar os dados recolhidos e registados, o responsável pelo inerente tratamento de dados.

Afinalidade do tratamento deste último tipo de dados diz exclusivamente respeito ao conhecimento do(s) Proponente/Tomador do Seguro e da(s) Pessoa(s) Segura(s) com vista à gestão da relação contratual e à processação da actividade de mediação de seguros, à gestão de contratos e à realização de acções promocionais.

7. Tem/Têm conhecimento de que lhe(s) é assegurado, nos termos legais, o direito de acesso, rectificação, aditamento ou supressão dos dados pessoais, mediante contrato pessoal com o seu gestor de conta ou junto de qualquer sucursal do Banco/Mediador de Seguros Ligado ou ainda mediante a comunicação escrita dirigida, consoante o caso, a esta mesma instituição ou ao Segurador.

Data 28 - Agosto - 2019 Local Tomador do Seguro

A(s) Pessoa(s) Segura(s)

FORTALEZA
SEGUROS

DATA DE INÍCIO, DURAÇÃO E PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

Data de Início: 28 / 08 / 2019

Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se apenas com o pagamento do prémio ou fracção devidos.

Duração: Ano e Seguintes

Periodicidade de Pagamento do Prémio:

☐

Mensal

☐

Trimestral

☐

Semestral

☒

Anual

(ver prémios no quadro "OPÇÕES, COBERTURAS E CAPITAIS SEGUROS")

CONFÉRENCIA
Assinatura
2019