



**FORTALEZA
SEGUROS**

AV. 25 de Abril, 1000 - Luanda



**Seguro
Apoio
Funeral**

Seguro Novo ☐ Alteração ☐ Proposta n.º 2019121412144308067

Apólice n.º

Agência **MUTAMBA**

Mediador

Colaborador **UHN01880**



* S E P 0 1 *

Proposta de Adesão

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura

Tomador do Seguro

Nome **ANGELO DOMINGOS CANDUNDO**

Morada **CASA SN ZONA3BAIRRO DA SAMBA**

Município **LUANDA**

Provincia **SAMBA**

Data de Nascimento: **1995/09/06**

Sexo: M ☒ F ☐

Estado Civil **Solteiro(a)**

Bilhete de Identidade/Passaporte: **005298837HO041**

N.º Contribuinte

Telefone:

Telefone (Altern.)

Telemóvel

E-mail:

Profissão

FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS E D

1ª Pessoa (se mais do que uma Pessoa Segura, preencher anexo)

Nome **ANGELO DOMINGOS CANDUNDO**

Profissão **FUNCIONARIO PUBLICO**

Morada **CASA SN ZONA3BAIRRO DA SAMBA**

Município **LUANDA**

Data de Nascimento **1995/09/06**

Telefone:

Estado Civil **Solteiro(a)**

Bilhete de Identidade/Passaporte **005298837HO041**

N.º Contribuinte

E-mail

Sexo: M ☒ F ☐

Coberturas, Capital Seguro, início da Cobertura, Duração, Prémio e Fraccionamento

Coberturas e Capitais (Despesas Cobertas)

A definição e âmbito das coberturas do seguro deverá ser verificada nas condições gerais e especiais aplicáveis. Assinalar a opção pretendida.

Opção Base ☒ Opção Mais ☐ Opção Extra ☐

| Cobertura em Caso de Morte | Base | Mais | Extra |
|----------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| Despesas de Funeral por Acidente | 500 000,00 AOA | 600 000,00 AOA | 1 000 000,00 AOA |
| Despesas de Funeral por Doença | - | 600 000,00 AOA | 1 000 000,00 AOA |

Início da Cobertura

Início do seguro/Alteração **14/ 12/ 2019**

Prémio Total Anual

2 496,60 AKZ

Duração

O seguro é válido desde a sua data de início até ao final desse ano civil, sendo automaticamente renovado pelo período de um ano, se não for denunciado, e desde que as condições do seguro o permitam de acordo com as Condições Gerais e Especiais.

A idade mínima de subscrição é de 15 anos e a máxima de 55 anos.

Sem limite de permanência, desde que subscrito até aos 55 anos de idade.

Riscos cobertos: Extra-profissionais

Data **14 - 12 - 2019**

Local

Tomador do seguro

Angelo Domingos

Pessoa Segura

Candunelo

Seguro Apoio Funeral Proposta de Adesão

Seguro Apoio Funeral Declaração Estado de Saúde anexa à Proposta de Adesão Seguro

Assinatura

CONFÉRENÇA

Coberturas, Capital Seguro, início da Cobertura, Duração, Prémio e Fraccionamento (continuação)Prémio e fraccionamento Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☒

Prémio: O valor do prémio inicial corresponde ao cálculo efectuado na data do início do presente contrato de seguro, acrescido de eventuais sobreprémios e encargos legais, e é recalculado em função da idade actuarial da(s) pessoa(s) segura(s) e do capital seguro no início de cada período.

Autorização de Débito Directo em Conta Bancária

Titular da Conta

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 Tipo de Pagamento: Pagamento recorrente ☐

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.

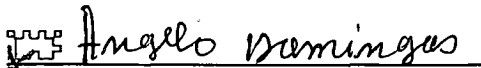

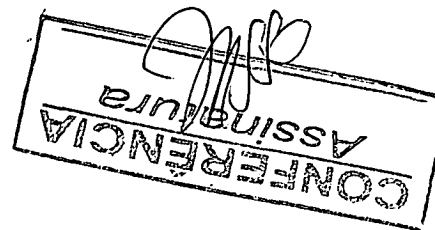
No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos titulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

Local Data 14 de Dezembro de 2019

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)

Tomador do seguro 
Pessoa Segura Data 14 - 12 - 2019 Local 



Seguro
Apoio
Funeral

Proposta de Adesão Seguro Apoio Funeral
1ª Pessoa Segura

Declaração Estado de Saúde

1ª Pessoa Segura

ANGELO DOMINGOS CANDUNDO

Bilhete de Identidade

005298837HO041

Passaporte

N.º Contribuinte

Declaração

Declaro que até à presente data não me foi atribuído qualquer grau de incapacidade funcional, 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 5 anos não estive sujeito a tratamento clínico durante mais de 3 semanas consecutivas. Declaro ainda que sei que a omissão ou falsas declarações conduzem à nulidade da minha adesão à apólice de seguro subjacente ao presente contrato.

Local

Assinatura da Pessoa Segura

Data

14

de

Dezembro

de

2019





Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro, o proponente / Pessoa Segura declara 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-lhe(s) sido prestado todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições contratuais, nomeadamente sobre as garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concorda(m).
2. A(s) Pessoa(s) Segura(s) compromete(m)-se a prestar a informação de todos os elementos de identificação (nome, domicílio, números de identificação civil e fiscal) dos eventuais Beneficiários, sem os quais o Segurador não poderá dar cumprimento aos seus deveres estabelecidos na legislação aplicável que decorram desta falta.
3. Toma(m) conhecimento de que a apreciação e aceitação do risco proposto poderá ficar dependente da realização de exames médicos ou exames auxiliares de diagnóstico, o que será transmitido ao Proponente/Pessoa Segura após recepção e análise da presente Proposta nos serviços do Segurador e que as garantias do seguro de vida proposto só produzirão efeitos após a conclusão do referido processo de aceitação e com a emissão do Certificado de Seguro ou das Condições Particulares.
4. Toma(m) conhecimento que caso decorram mais de 6 (seis) meses entre a data de preenchimento da presente Proposta de Adesão e a
5. Autoriza(m) desde já a Fortaleza Seguros 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. Mais autoriza(m) a Fortaleza Seguros a utilizar esses dados para actualização dos respectivos registos, sendo o mesmo, os agrupamentos complementares de empresas por ele constituídos ou as empresas por ele 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.
A finalidade 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 prossecução da actividade 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 contacto pessoal com o seu gestor de conta ou junto de qualquer loja da Fortaleza Seguros ou ainda mediante comunicação escrita dirigida, consoante o caso, a esta mesma instituição ou ao Segurador.
8. Autoriza(m) o tratamento efectuado com ou sem meios automatizados, dos próprios dados pessoais fornecidos e dos registos dos acessos, consultas, instruções e outras informações respeitantes a este(s) contrato(s), bem como o tratamento de informação que lhe(s) respeite recolhida indirectamente junto de outras fontes. Os dados pessoais recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com o Segurador e seus subcontratados, sendo mesmo, o responsável pelo seu tratamento. As omissões, inexactidões ou falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo são da responsabilidade do(s) Proponente(s)/Pessoa(s) Segura(s).
9. Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de protecção de dados e concorrência, pode o Segurador facultar acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou colectivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado ou na viabilização da execução de contratos, bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, lícitamente, acções de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

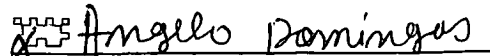


**FORTALEZA
SEGUROS**

Data 14 - 12 - 2019

Local

Tomador do seguro

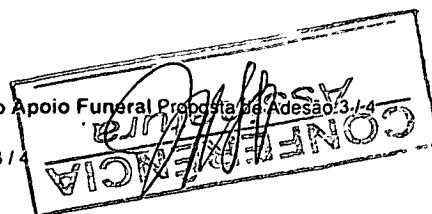




Pessoa Segura




Seguro Apoio Funeral Proposta de Adesão 3/4

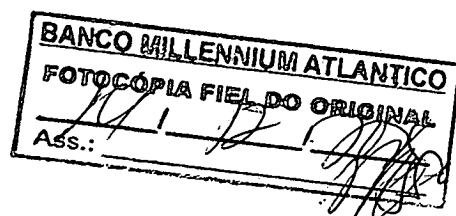
Seguro Apoio Funeral Declaração Estado de Saúde anexa à Proposta de Adesão Seguro 3/4



 **REPÚBLICA DE ANGOLA**
BILHETE DE IDENTIDADE
DE CIDADÃO NACIONAL 

Nome Completo:
ÂNGELO DOMINGOS
CANDUNDO
Filiação:
ANTÓNIO
CANDUNDO
e
LAURINDA
CHILOMBO
Bilhete de Identidade N°:
005298837HO041


ASSINATURA DO TITULAR
Ângelo Domingos
Candundo



Residência: CASA S/Nº ZONA 3
BAIRRO SAMBA
SAMBA
Natural de: HUAMBO
HUAMBO
Provincia de: HUAMBO
Data de Nascimento: 08/09/1995
Sexo: Masculino
Estado Civil: SOLTEIRO
Emitido em: 28/10/2018
Altura (m): 1.66
Válido até: 28/10/2021

[Signature]
DIRECTOR NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ANG/9243965

BANCO MILLENNIUM ATLANTICO
FOTOCÓPIA FIEL DO ORIGINAL
Ass.: *[Signature]*