



**FORTALEZA
SEGUROS**

QUEM CONQUISTA, GANHA

Apoio ao Cliente

923 165 166 / 923 165 166

info@fortalezaseguros.ao

Dados do Mediador

Nome

MUTAMBA

Dados do Tomador do Seguro

Nº Cliente

19143463

Nº Identificação fiscal

Nº de Documento de Identificação

002145579HA038



**Seguro
Acidentes Pessoais
Escolar**

Nome e Morada do Tomador

ALBERTINA MBAYETA KAVONGUELUA CHIMUCO

BAIRRO MITCHA HUILA

Condições Particulares da Apólice
Acidentes Pessoais



Luanda, 26 de Outubro 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 detalhados no verso.

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

Dados da Apólice

Seguro Acidentes Pessoais

Produto

Acidentes Pessoais

Nº Apólice

30-00095312

Duração do Contrato

ANO E SEQUITES

Data de Início

26-10-2019

Data de Vencimento / Fim

26 OUTUBRO

Dados de Pagamento

Periodicidade de Pagamento

ANUAL

Modo de Pagamento

DÉBITO BANCÁRIO

Prémio Anual

2.243,28 AKZ

Prémio Recibo ⁽³⁾

3.068,90 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.



**Seguro
Acidentes Pessoais
Escolar**

Seguro Novo ☒ Alteração ☐ Proposta n.º 2019102611361008067 Apólice n.º
 Agência MUTAMBA
 Colaborador UHN01880
 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 prêmio)

Nome ALBERTINA MBAYETA KAVONGUELUA CHIMUCO
 Morada BAIRRO MITCHA Município HUILA
 HUILA
 Data de Nascimento 6 / 9 / 1995 Sexo F ☒ M ☐ Estado Civil Solteiro(a)
 B.I./Passaporte 002145579HA038 N.º Contribuinte Profissão ESTUDANTES
 Telefone Telemóvel 926187801 E-mail

Pessoas Seguras

Nome: ALBERTINA MBAYETA KAVONGUELUA CHIMUCO
 Morada: BAIRRO MITCHA
 Profissão: Aluno Data de Nascimento 1995/09/06
 Bilhete de Identidade 002145579HA038 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:

PORTALEZA Seguros, Companhia de Seguros, S.A. - Pessoa Colectiva nº 6849/15 - Capital Social AKZ 1.971.473.000,00 - NIF 5417407844 - SEDE: Cidade Financiera, Bloco 2 - 5º andar, frações 501 e 502, Via 58, Talatona, Município de Beja - LUANO

PLANOS, OPÇÕES, COBERTURAS E CAPITALIS

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

- ☐ Plano Protecção Pessoal
- ☐ Plano Protecção Jovem
- ☐ Plano Desporto, Cultura e Recreio
- ☒ Plano Seguro Escolar
- Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo*
- Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo*
- Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo*
- Opções, coberturas e capitais, ver quadro abaixo*

	Cobertura	Capital AOA		Cobertura	Capital AOA
X	Morte	200 000,00		Despesas de Internamento Hospitalar	
X	Invalidez Permanente	300 000,00		Subsídio Diário por Incapacidade Temporária *	
	Morte ou Invalidez			Subsídio Diário por Internamento Hospitalar *	
X	Despesas de Tratamento	100 000,00	X	Responsabilidade Civil Pessoal	200 000,00
	Despesas de Funeral			Responsabilidade Civil Estabelecimento	
	Bagagens				

*valor dia

Prémio Total Anual

3 068,90 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.

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 Data de de

Assinatura dos Titulares da Conta:



Alberta Chimuco

(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 aquando ou após subscrição do presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição do seguro ou de gestão da relação contratual subquente, 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 26 - Outubro - 2019 Local Tomador do Seguro

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

Albertina Chimucco

CONFÉRENÇA
Assinatura

DATA DE INÍCIO, DURAÇÃO E PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

Data de Início: 26 / 10 / 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 CAPITALS SEGUROS")

Anexo à Proposta

Dados da Proposta

Nº da Proposta

2019102611361008067

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,

26

de



Outubro

de


2019

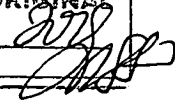


Emanuel Barbosa
(Director Técnico)

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

Nome Completo:
ALBERTINA MBAYETA
KAVONGUELUA CHIMUCO
Filiação:
MANUEL
CHIMUCO
e
RUTH BEATRIZ
KAVONGUELUA
Bilhete de Identidade Nº:
002145579HA038


ASSINATURA DO TITULAR
Albertina Kavonguelua Chimuco

BANCO MILLENNIUM ATLANTICO
FOTOCÓPIA FIEL DO ORIGINAL
26 / 10 / 2018
Ass.: 

Residência: CASA S/Nº
BAIRRO DA MITCHA
LUBANGO
Natural de: LUBANGO
LUBANGO
Provincia de: HUILA
Data de Nascimento: 06/09/1995
Sexo: FEMININO Altura(m): 1.68
Estado Civil: SOLTEIRA
Emitido em: 18/01/2018 Válido até: 17/01/2023

F. Manuel
DIRECTOR NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



BANCO MILLENNIUM ATLANTICO
FOTOCÓPIA FIEL DO ORIGINAL
26/12/2018
[Signature]