

### Apoio ao Cliente

923 165 166

/ 923 165 166

info@fortalezaseguros.ao

### Dados do Mediador

Nome

MUTAMBA

### Dados do Tomador do Seguro

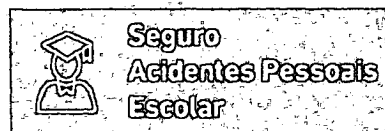
Nº Cliente

19143467

Nº Identificação fiscal

Nº de Documento de Identificação

005544349LA047



### Nome e Morada do Tomador

CONCEICAO SAMESELE INOCENCIO

ILHA DO CABO LUANDA

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.

### Seguro Acidentes Pessoais

### Dados da Apólice

Produto

Acidentes Pessoais

Nº Apólice

30-00095314

Duração do Contrato

ANO E SEQUINTE

Data de Inicio

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 <sup>(3)</sup>

3.068,90 AKZ

(1) Inicio 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 Acidentes Pessoais

### Proposta de Adesão

Seguro Novo ☒ Alteração ☐ Proposta n.º 2019102612085608087 Apólice n.º \_\_\_\_\_  
 Agência MUTAMBA  
 Colaborador UHN01880  
 Mediador \_\_\_\_\_

### Proponente / Tomador do Seguro

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

Nome CONCEICAO SAMESELE INOCENCIO  
 Morada ILHA DO CABO Município LUANDA  
 LUANDA  
 Data de Nascimento 25 / 4 / 1994 Sexo F ☒ M ☐ Estado Civil Solteiro(a)  
 B.I./Passaporte 005544349LA047 N.º Contribuinte \_\_\_\_\_ Profissão Não Definida  
 Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel 926465530 E-mail \_\_\_\_\_

### Pessoas Seguras

Nome: CONCEICAO SAMESELE INOCENCIO  
 Morada: ILHA DO CABO  
 Profissão Aluno Data de Nascimento 1994/04/25  
 Bilhete de Identidade 005544349LA047 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?  
 Segurador: \_\_\_\_\_

Pessoa Segura ☐ 1 ☐ 2

#### 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):

- ☐ 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
<b>Cobertura Opcional:</b>					
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 ☐

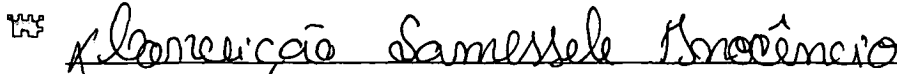
Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a FORTALEZA Seguros, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da FORTALEZA Seguros, S.A.

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:



(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) desta forma 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.

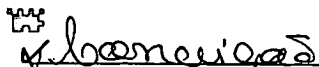
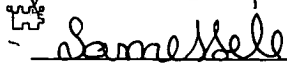
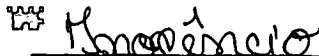
6. Autoriza(m) a Seguradora a utilizar esses dados para actualização dos respectivos registos, sendo o mesmo, os agrupamentos complementares de empresas por ele constituídos ou as empresas por este dominadas ou participadas, incluindo as empresas, sucursais e escritórios de representação estabelecidos 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)

#### DATA DE INÍCIO, DURAÇÃO E PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

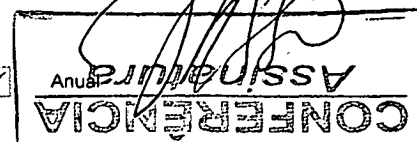
☐

Semestral

☒

Anual

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



# Anexo à Proposta

## Dados da Proposta

Nº da Proposta

2019102612085608067

## 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)