

#### Apoio ao Cliente

923 165 166 /

923 165 166

info@fortalezaseguros.ao

#### Dados do Mediador

Nome

MUTAMBA

#### Dados do Tomador do Seguro

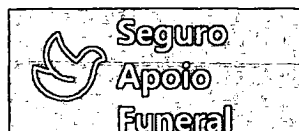
Nº Cliente

19148311

Nº Identificação fiscal

Nº de Documento de Identificação

001690640LA034



#### Nome e Morada do Tomador

EDGAR TOMAS FILIPE

CASA NR110 ZONA19BAIRRO TALA HADY LUANDA

#### Condições Particulares da Apólice Acidentes Pessoais



Luanda, 16 de Novembro 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

30-00100450

Duração do Contrato

ANO E SEQUITES

Data de Inicio

16-11-2019

Data de Vencimento / Fim

16 NOVEMBRO

#### Dados de Pagamento

Periodicidade de Pagamento

ANUAL

Modo de Pagamento

DÉBITO BANCÁRIO

Prémio Anual

1.825,00

AKZ

Prémio Recibo <sup>(1)</sup>

2.496,60

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.

## Objecto do Seguro

### Detalhe da Pessoa Segura | Acidentes Pessoais

Nome da Pessoa: EDGAR TOMAS FILIPE NIF:  
Data de Nascimento: 1990/10/02 Data de Adesão: 2019/11/16  
Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO

### Coberturas, Capitais e Franquias | Acidentes Pessoais

Coberturas	Capital	Franquias
DESpesas DE FUNERAL POR ACIDENTE	500.000,00 AKZ	
DESpesas DE FUNERAL POR DOENÇA		

### Âmbito de Risco

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

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.

 **FORTALEZA**  
**SEGUROS**

Assinaturas



Jorge Pereira da Silva  
Administrador



Emanuel Barbosa  
Director Técnico



**Seguro  
Apoio  
Funeral**

Seguro Novo ☐ Alteração ☐ Proposta n.º 2019111612142308067 Apólice n.º   
Agência **MUTAMBA**  
Mediador   
Colaborador **UAL01391**

## Proposta de Adesão

### Tomador do Seguro/ Pessoa Segura

#### Tomador do Seguro

Nome **EDGAR TOMAS FILIPE**  
Morada **CASA NR110 ZONA19BAIRRO TALA HADY**  
**CAZENGA**  
Município **LUANDA**  
Provincia **LUANDA**  
Data de Nascimento: **1990/10/02** Sexo: M ☒ F ☐  
Estado Civil **Solteiro(a)**  
Bilhete de Identidade/Passaporte: **001690640LA034** N.º Contribuinte   
Telefone:  Telefone (Altern.)  Telemóvel   
E-mail:  Profissão **Não Definida**

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

Nome **EDGAR TOMAS FILIPE**  
Profissão **FUNCIONARIO PUBLICO**  
Morada **CASA NR110 ZONA19BAIRRO TALA HADY**  
Município **LUANDA**  
Data de Nascimento **1990/10/02** Telefone:   
Estado Civil **Solteiro(a)**  
Bilhete de Identidade/Passaporte **001690640LA034** 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	Base	Mais	Extra
Despesas de Funeral	500 000,00 AOA	600 000,00 AOA	1 000 000,00 AOA
Despesas de Funeral por Acidente	-	600 000,00 AOA	1 000 000,00 AOA

#### Outras opções:

Opção A ☐ Opção B ☐ Opção C ☐ Opção D ☐ Opção E ☐ Opção F ☐ Opção G ☐

COBERTURA	OPÇÕES						
	A	B	C	D	E	F	G
	150 000,00 AOA	200 000,00 AOA	300 000,00 AOA	400 000,00 AOA	500 000,00 AOA	1 000 000,00 AOA	> 1 000 000,00 AOA
	150 000,00 AOA	200 000,00 AOA	300 000,00 AOA	400 000,00 AOA	500 000,00 AOA	1 000 000,00 AOA	> 1 000 000,00 AOA

**Início da Cobertura**

Início do seguro/Alteração

16 / 11 / 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

Tomador do seguro

EDUARDO TOMÁS FILIPE

Data

16 - 11 - 2019

Local

Pessoa Segura

**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 contitulares 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

16

de

Novembro

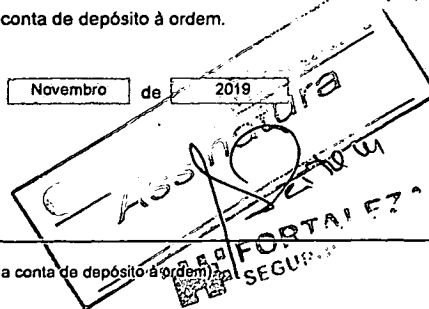
de

2019

Assinatura dos Titulares da Conta:

EDUARDO TOMÁS FILIPE

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



Tomador do seguro

EDUARDO TOMÁS FILIPE

Pessoa Segura

Data

16 - 11 - 2019

Local

**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.

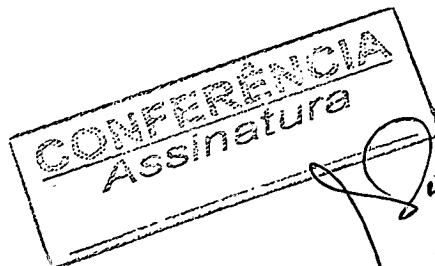
6. Mais autoriza(m) a Fortaleza Seguros a utilizar esses dados para actualização dos respectivos registos, sendo o mesmo, os agrupamentos complementares de empresas por ele constituídos ou as empresas por ele dominadas ou participadas, incluindo as empresas, sucursais e escritórios de representação estabelecidos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



Data 16 - 11 - 2019

Local

Tomador do seguro



EDGMC TOMÁS FILIPE

Pessoa Segura





**Seguro  
Apoio  
Funeral**

**Proposta de Adesão Seguro Apoio Funeral**  
**1ª Pessoa Segura**

**Declaração Estado de Saúde**

**1ª Pessoa Segura**

Nome   
Bilhete de Identidade:  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

Data

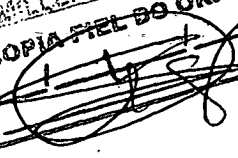
de  de

*[Handwritten Signature]*  
Assinatura da Pessoa Segura  
**EDGAR TOMAS FILIPE**  
**FORTALEZA SEGUROS**


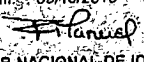


**REPÚBLICA DE ANGOLA**  
**BILHETE DE IDENTIDADE**  
**DE CIDADÃO NACIONAL**


Nome Completo:  
 EDGAR  
 TOMÁS FILIPE  
 Filiação:  
 DOMINGOS LUIS  
 ADRIANO FILIPE  
 e  
 FILIPINA  
 JOSÉ TOMÁS  
 Bilhete de Identidade N.º  
**001690640LA034**

  
 ASSINATURA DO TITULAR  
 EDUAR TOMÁS  
 FILIPE

JACO MILLERHUM ATLANTICO  
 FOTOCOPIA FIEL DO ORIGINAL  
 Ass.: 

Residência: CASA Nº 110 ZONA 18  
 BAIRRO TALA HADY  
 CAZENGA  
 Natural de: CAZENGA  
 LUANDA  
 Província de: LUANDA  
 Data de Nascimento: 02/10/1992  
 Sexo: Masculino  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 Emitido em: 09/10/2015 Válido até: 09/10/2020

  
 DIRECTOR NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
  

 ANG07936346