

#### Apoio ao Cliente

923 165 166 / 923 165 166

info@fortalezaseguros.ao

#### Dados do Mediador

Nome

MUTAMBA

#### Dados do Tomador do Seguro

Nº Cliente

19146461

Nº Identificação fiscal

Nº de Documento de Identificação

002370332ME034



#### Nome e Morada do Tomador

WILON FERNANDES QUIHANGA

TRAV B6 A CASA N11 ZONABAIRO CASSEQUEL MAIANGA

#### Condições Particulares da Apólice

##### Acidentes Pessoais



Luanda, 07 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	Nº Apólice	Duração do Contrato	Data de Início	Data de Vencimento / Fim
Acidentes Pessoais	30-00098914	ANO E SEQUITES	07-11-2019	07 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) 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**  
**Apoio**  
**Funeral**

Seguro Novo ☐ Alteração ☐ Proposta n.º 2019110708234308067 Apólice n.º   
Agência **MUTAMBA**  
Mediador   
Colaborador **UHN01880**

### Proposta de Adesão

#### Tomador do Seguro/ Pessoa Segura

##### Tomador do Seguro

Nome **WILON FERNANDES QUIHANGA**  
Morada **TRAV B6 A CASA N11 ZONABAIRO CASSEQUEL** Município **LUANDA**  
Provincia **MAIANGA**  
Data de Nascimento: **1994/03/12** Sexo: M ☒ F ☐ Estado Civil **Solteiro(a)**  
Bilhete de Identidade/Passaporte: **002370332ME034** 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 **WILON FERNANDES QUIHANGA**  
Profissão **FUNCIONARIO PUBLICO**  
Morada **TRAV B6 A CASA N11 ZONABAIRO CASSEQUEL** Município **LUANDA**  
Data de Nascimento **1994/03/12** Telefone:  Estado Civil **Solteiro(a)**  
Bilhete de Identidade/Passaporte **002370332ME034** 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

07 / 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.

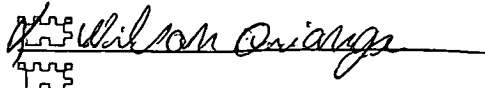
Sem limite de permanência, desde que subscrito até aos 55 anos de idade.

Riscos cobertos: Extra-profissionais

Data 7 - 11 - 2019

Local

Tomador do seguro



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

7

de

Novembro

de

2019

Assinatura dos Titulares da Conta:

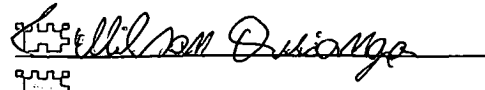


(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

Data 7 - 11 - 2019

Local

Tomador do seguro



Pessoa Segura





**FORTALEZA  
SEGUROS**

QUEM COTAQUISA, CUIDA



**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**

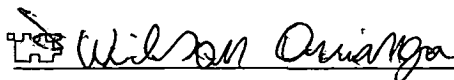

Declaro que até à presente data não me foi atribuído qualquer grau de incapacidade funcional, que estou de boa saúde e que no último ano não estive sujeito a qualquer tratamento médico regular nem fui aconselhado a ser hospitalizado para me submeter a uma intervenção cirúrgica ou a tratamento médico. 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

Assinatura da Pessoa Segura



**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 7 - 11 - 2019

Local

Tomador do seguro

*Wilson Quianga*

Pessoa Segura

Seguro Apoio Funeral Proposta de Adesão 3 / 6



REPÚBLICA DE ANGOLA  
BILHETE DE IDENTIDADE  
DE CIDADÃO NACIONAL



Nome Completo:

WILSON  
FERNANDES QUIHANGA

Filiação:

PEDRO  
QUIHANGA

e

ANTONICA

FERNANDES QUISSUA

Bilhete de Identidade N.º

002370332ME034



ASSINATURA DO TITULAR

*Wilson Quihanga*

BANCO MILLENNIUM ATLANTICO  
FOTOCÓPIA FIEL DO ORIGINAL  
07/11/2011  
Ass.: *[Signature]*

Sexo: MASCULINO Altura(m): 1.71

Estado Civil: SOLTEIRO

Emitido em: 16/08/2018 Válido até: 15/08/2023

*F. Manuel*

DIRECTOR NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

