

PROPOSTA  
RESPONSABILIDADE  
CIVIL  
GERAL



**TRANQUILIDADE**  
CORPORAÇÃO ANGOLANA DE SEGUROS

DATA DE ENTRADA

Produto: ZDRGE

NOVO

ALTERAÇÃO

Cód. Prot.	N.º Cotação	D. Com.	EC	Data da Aprovação	Visto	N.º APÓLICE
------------	-------------	---------	----	-------------------	-------	-------------

Nota: As zonas sombreadas são para preenchimento da Tranquilidade - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinalar com um "X" os casos aplicáveis.

Se já é Cliente da TRANQUILIDADE, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente	N.º Apólice	Matrícula
-------------	-------------	-----------

**TOMADOR DO SEGURO: - Dados Obrigatórios**

Nome		Título/Sigla		Nacionalidade	
Morada					
N.º	Andar	Cx Postal	Cidade		
Provincia			Município		
N.º Contribuinte			Tipo Cliente: Individual <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>		
Cliente Individual: Data Nascimento		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Cliente Colectivo: CAE		Descrição:			
N.º Empregados: 1 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 9 <input type="checkbox"/> 10 a 19 <input type="checkbox"/> 20 a 49 <input type="checkbox"/> 50 a 199 <input type="checkbox"/> + de 200 <input type="checkbox"/>					

**- Contactos**

Telefone:	Telémovel:	Fax:	E-mail:
Contacto Preferencial: Agente <input type="checkbox"/>	Correio <input type="checkbox"/>	E-mail <input type="checkbox"/>	Fax <input type="checkbox"/>
Telefone <input type="checkbox"/>	Telémovel <input type="checkbox"/>	Período Preferencial: Semana <input type="checkbox"/>	Fim de Semana <input type="checkbox"/>
Nome de Contacto		Hora: 9/18 <input type="checkbox"/> 18/21 <input type="checkbox"/>	

**- Dados Complementares**

Cliente Individual: B.I.	Passaporte				
Carta de Condução N.º:	Tipo	Data			
Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/>	União de Facto <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Solteiro <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/>
N.º Filhos					
Situação Profissional: Quadro Superior <input type="checkbox"/>	Técnico/Profissional de Nivel Médio <input type="checkbox"/>	Técnico Especializado <input type="checkbox"/>	Administrativo <input type="checkbox"/>	Pessoal de Serviços/Vendedor <input type="checkbox"/>	Operário e Similar <input type="checkbox"/>
Doméstica <input type="checkbox"/> Não Activo (Estudante, Reformado, Desempregado) <input type="checkbox"/> Outra, qual? <input type="checkbox"/>					
Sector de Actividade: Agricultura/ /Pescas <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Construção <input type="checkbox"/>	Transportes/ /Comunicações e Energia <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>	Banca/Seguros <input type="checkbox"/>
Educação, Saúde e Acção Social <input type="checkbox"/>		Outros Serviços <input type="checkbox"/>	Outro, qual? <input type="checkbox"/>		
Habilitações Literárias: Ensino Básico (até 9ºano) <input type="checkbox"/>	Ensino Secundário (até 12ºano) <input type="checkbox"/>	Bacharelato/Licenciatura <input type="checkbox"/>	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento <input type="checkbox"/>		
Cliente Colectivo: Forma Jurídica: Emp. Nome Individual <input type="checkbox"/>	Soc. Unipessoal <input type="checkbox"/>	Soc. por Quotas <input type="checkbox"/>	Soc. Anónima <input type="checkbox"/>	Outra, qual? <input type="checkbox"/>	
Ano de Início de Actividade: <input type="text"/>					

<b>INÍCIO DO SEGURO</b>	<b>DURAÇÃO DO SEGURO</b>	<b>PERIODICIDADE DE PAGAMENTO</b>
Data <input type="text"/>	Um Ano e Seguintes <input type="checkbox"/>	↔ Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>
Hora <input type="text"/>	Temporário <input type="checkbox"/> Dias <input type="text"/>	↔ Única <input type="checkbox"/>
	ou Data Vencimento <input type="text"/>	
	ou Data Fim <input type="text"/>	

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador? Sim  Não

Em caso afirmativo, a garantia dos referidos riscos foi suspensa ou anulada por falta de pagamento de prémios? Sim  Não

**MODALIDADE DE PAGAMENTO**

Aviso para a morada acima indicada.  
Se pretende envio do aviso para outra morada indique a mesma a seguir: \_\_\_\_\_



EXPLORAÇÃO

Responsabilidade Civil Exploração/ Outras Empresas

Capital Seguro: \$ \_\_\_\_\_ N.º de Empregados: \_\_\_\_\_

Descrição da actividade da Empresa: \_\_\_\_\_

Efectua serviços de transporte? Não  Sim  Efectua cargas e descargas? Não  Sim

Efectua trabalhos fora das instalações da Empresa? Não  Sim  Que tipo de trabalhos: \_\_\_\_\_

Instalações e Equipamentos da Empresa:

Localização e descrição de todos os centros de produção, depósitos, locais de armazenamento e/ou venda, escritórios ou outros, utilizados pela empresa no exercício da actividade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique a proximidade destes centros com cursos de água naturais ou condutas de água: \_\_\_\_\_

Sectores de apoio ao exercício da actividade: Parques de estacionamento  Garagens  Postos de abastecimento privados  Outros  (indique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Equipamentos utilizados (indique o número de cada): Empilhadores  : \_\_\_\_\_ Gruas  : \_\_\_\_\_ Cabrestantes  : \_\_\_\_\_ Outros  : \_\_\_\_\_

Serviços de Segurança/Sociais da Empresa: Serviços contra incêndio  Serviços médicos  Cantinas  Outros  : \_\_\_\_\_

Resíduos:

Produz Resíduos perigosos? Sim  Não

De que forma são tratados?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL

Responsabilidade Civil Profissional

Capital Seguro: \$ \_\_\_\_\_

Profissão exercida \_\_\_\_\_ Data de início de actividade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de cédula profissional: \_\_\_\_\_

Exerce a sua actividade: Por conta de outrem  Em regime de profissional liberal  Neste caso, indique o n.º de colaboradores ao seu serviço: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

VOLUME FACTURAÇÃO (Salários) \_\_\_\_\_

	NO ANO EM CURSO	NO ÚLTIMO ANO
Volume de facturação	\$ _____	\$ _____
Salários	\$ _____	\$ _____

Nota: Estas informações deverão ser comunicadas no final de cada ano à Tranquilidade.



ANTECEDENTES DO RISCO (Preenchimento Obrigatório)

Indique as Reclamações ocorridas nos últimos cinco anos, ainda que as mesmas não tenham dado origem ao pagamento de qualquer indemnização.

Ano	Produto	N.º de Reclamações	Valores Pagos

Nota: Deverão ser indicadas todas as reclamações, ainda que não tenham dado lugar ao pagamento de qualquer indemnização.

OBSERVAÇÕES

MOEDA DO CONTRATO

Sem prejuízo das referências efectuadas na apólice a valores monetários poderem, a todo o tempo, serem apresentadas em moeda nacional de acordo com a taxa de câmbio em vigor à data, o Tomador do Seguro concorda que o presente Contrato seja celebrado em moeda estrangeira nomeadamente em Dólares Norte Americanos.

DECLARAÇÃO PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Quando o prémio ou fracção inicial não for pago no momento da celebração do contrato, fica desde já acordado entre a Tranquilidade - Corporação Angolana de Seguros, SA e o Tomador do Seguro, de acordo com o estipulado na legislação aplicável, que o prazo máximo para pagamento do prémio será de trinta (30) dias a contar da data de início do contrato ou da data em que a Tranquilidade informe o Tomador do Seguro das condições em que está disposta a garantir o risco, quando após a recepção da proposta, a Tranquilidade lhe tenha solicitado informações adicionais para a avaliação do risco.

Nota: Até o Tomador do Seguro proceder ao efectivo pagamento do prémio ou fracção inicial, o contrato encontra-se suspenso, não produzindo quaisquer efeitos.

DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (AUTORIZAÇÕES)

O Cliente /Tomador do Seguro declara terem-lhe sido colocadas à disposição, no acto da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis ao Contrato de Seguro e prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do mesmo, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente /Tomador do Seguro garante a exactidão e completude das declarações prestadas na presente proposta sob pena do referido contrato poder vir a ser anulado ou considerado nulo, nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente /Tomador do Seguro expressamente consente que os dados pessoais facultados à Tranquilidade sejam objecto de tratamento pela mesma, mediante a respectiva integração numa base de dados e que sejam por aquela comunicados, sob regime de absoluta confidencialidade, a sociedades pertencentes ao mesmo Grupo económico, a mediadores de seguros a ela vinculados e a demais sociedades necessárias para o efectivo cumprimento das obrigações assumidas através do contrato, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos produtos comercializados a cada pessoa.

O Cliente /Tomador do Seguro poderá ter acesso à informação que lhe diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da Tranquilidade.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de recepção, à Tranquilidade no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena de as comunicações ou notificações que a Tranquilidade venha a efectuar para a morada desactualizada serem consideradas válidas e eficazes.

O Mediador	<input type="text"/>	Serviços Externos	_____, ____ / ____ / ____	
Canal de Cobrança	<input type="text"/>		CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO	
Canal de Captação	<input type="text"/>		Tipo de Venda: Z1 - Articulada BESA <input type="checkbox"/> ZD - Directa BESA <input type="checkbox"/>	
Prestação de Serviços	<input type="text"/>		Indexador Externo: <input type="text"/>	

TRANQUILIDADE  
CORPORAÇÃO ANGOLANA DE SEGUROS, S.A.  
Capital Social Integralmente Realizado: USD 12,000,000  
Contribuinte n.º 5402150761

Sede Edifício ESCOM  
Rua Marechal Brós Tito, 35  
15º D - Luanda - Angola  
Site www.tranquilidade.co.ao

E-mail apoio@tranquilidade.co.ao  
Telefones 936197350/1/2  
Fax 936197349

