



Novo Alteração* Cliente Trevo? sim não

*preencher apenas os dados a alterar

Mediador N°

CAE N°

Apólice N°

Cliente N°

Cotação N°

INÍCIO E DURAÇÃO DO SEGURO

Início Duração Ano e Seguintes Semestral Trimestral Temporário Termo

TOMADOR DE SEGURO (SEGURADO)

Nome
Rua Bairro
Município Cidade Província
E-mail Fax
Tlm. Tlf. Casa Tlf. Trabalho
Data de Nascimento Estado Civil Profissão/Actividade
Contribuinte n° Nacionalidade
Morada de cobrança Localidade

COBERTURAS

Legais: (as exigíveis pela legislação de Acidentes de Trabalho, mas subordinadas às Condições Gerais da Apólice Uniforme)

Especiais: (se aplicável)

MODALIDADES DE SEGURO

Prémio Fixo (1) Com Nomes Sem Nomes (2) Prémio variável (3) Previsão salarial anual AKZ

Notas:

(1) Relativamente aos seguros na modalidade de Prémio Fixo, os salários seguros serão actualizados na data de entrada em vigor das novas remunerações mínimas mensais garantidas, até ao limite e nos termos consignados nas Condições Gerais.

(2) É interdita a subscrição de seguros sem nomes, excepto para empregadas domésticas a tempo parcial.

(3) O Tomador de Seguro declara que se obriga a enviar mensalmente à Seguradora, até ao dia 15 de cada mês, as folhas de retribuição pagas no mês anterior.

DECLARAÇÕES EVENTUAIS

QUESTIONÁRIO GERAL OBRIGATÓRIO

O risco que pretende cobrir está ou esteve seguro, no seu todo ou em parte noutra Seguradora? SIM NÃO

Se sim, indique qual a Seguradora? N.º de Apólice? Taxa?

A apólice está anulada? SIM NÃO Se sim, qual o motivo?

Existem débitos por liquidar à anterior Seguradora? SIM NÃO Se sim, especifique

QUESTIONÁRIO

Natureza dos trabalhos a segurar com indicação da actividade predominante

Local ou locais de risco: Morada

Cidade

Morada

Cidade

Nº de trabalhadores ao serviço

O seguro abrange a totalidade do pessoal ao serviço? SIM NÃO

Estão incluídos familiares, administradores ou gerentes? SIM NÃO Se sim, identifique-os no quadro do pessoal a Prémio Fixo a segurar ou tratando-se de seguro a Prémio Variável, nas Folhas de Férias mensais.

Entre os trabalhadores a segurar há menores de 16 anos, praticantes, aprendizes ou estagiários? SIM NÃO Se sim, indique os nomes, idades e salários que lhes correspondem, segundo a equiparação legal e profissões que exercem, no quadro do pessoal a Prémio Fixo a segurar ou tratando-se de seguro a Prémio Variável, nas Folhas de Férias mensais.

Alguns dos trabalhadores utilizam veículos de 2/3 rodas ao serviço da empresa? SIM NÃO Se sim, quantos?

Qual o meio de transporte predominantemente utilizado pelos empregados?

Trabalham aos sábados, domingos e feriados?

SIM

NÃO

Trabalham fora do horário normal de trabalho?

SIM

NÃO

O pessoal a segurar trabalha por turnos?

SIM

NÃO

Se sim em quantos turnos?

Entre os trabalhadores que pretende segurar existe algum com deficiência física ou mental? SIM NÃO Se sim, indique nas «Declarações Eventuais», os nomes e respectivos defeitos físicos ou susceptíveis de determinar acidentes, agravar as suas consequências ou demorar a cura das lesões.

A actividade a segurar também é exercida no estrangeiro? SIM NÃO Se sim, indique o n.º de trabalhadores

Países onde exerce a actividade

Efectua transportes internacionais? SIM NÃO

São utilizadas matérias explosivas? SIM NÃO

Se sim, quais?

São utilizadas máquinas e equipamentos de especial perigo? SIM NÃO

Têm protecção adequada? SIM NÃO

São cumpridas todas as normas regulamentos de higiene e segurança em vigor para a sua actividade? SIM NÃO

Dispõe de serviços de prevenção e segurança com responsável próprio a tempo inteiro? SIM NÃO

A que distância se encontra o Médico, Farmácia, Hospital mais Próximo

Dispõe de meios de protecção individual e colectiva? SIM NÃO

Se sim, são os mesmos colocados à disposição e utilizados pelos

trabalhadores? SIM NÃO

Dispõe de organização e manutenção de registos clínicos de cada trabalhador? SIM NÃO

Tem Posto Médico? SIM NÃO

FORMA DE PAGAMENTO / COBRANÇA

Domiciliação Bancária

SIM

NÃO

Anual

Semestral

Único

Trimestral

Autorização de débito bancário

Por débito da minha conta, abaixo indicada queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas por Liberty & Trevo (Angola), Companhia de Seguros, SA

Titular

Banco

IBAN

A | 0 | 0 | 6

Assinatura

IMPORTANTE

Os dados recebidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Seguradora. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador de Seguro. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das dependências da Seguradora. O Tomador de Seguro autoriza a Companhia a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto dos organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. Autoriza igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram a Liberty & Trevo (Angola) - Companhia de Seguros S.A.. O Tomador de Seguro ao assinar esta proposta garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que possa induzir em erro a Liberty & Trevo (Angola) - Companhia de Seguros S.A. na apreciação do risco cujo seguro propõe, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Mais declara que lhe foram dadas a conhecer as Condições Contratuais que regulam este Seguro.

ATENÇÃO

Confira se respondeu a todos os quesitos.

Se tiver sido outra pessoa a responder e a preencher este formulário, não assine sem confirmar que todas as respostas dadas são exactas.

Local e Data

Assinatura do Proponente/Tomador de Seguro

Nome do Mediador

Assinatura do Mediador