



Av. 4 de Fevereiro, 93 - C.P. 5778  
Luanda, Angola  
Tel.: (222) 671 671 | (222) 332 990/1/3/5 | Fax: (222) 671 672  
NIF: 5410001095  
e-mail: geral@ensa.co.ao  
Call Center: (222) 692 500  
www.ensa.co.ao

EMISSOR

PROPOSTA N°

APÓLICE N°

CÓD. MEDIADOR

CÓD. COBRADOR

CÓD. BALCÃO

GESTOR DA APÓLICE

MOEDA

CLIENTE ENSA? Sim  Não

N° ENTIDADE

NIF

Aceite por: \_\_\_\_\_

Func. nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Por favor complete com letras de imprensa)

OS SEUS DETALHES	
NOME DA EMPRESA	<input type="text"/>
NOME DO EMPREGADO	<input type="text"/>
B.I. N°	<input type="text"/>
DATA DE NASCIMENTO	____/____/____
TELEFONE	<input type="text"/>
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/>
SEXO	<input type="checkbox"/>
ENDEREÇO	<input type="text"/>
NACIONALIDADE DO PASSAPORTE	<input type="text"/>
PROFISSÃO:	_____
(a qual será usada para estabelecer o país de origem do empregado e dependentes)	

PRAZO DO SEGURO	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO
INÍCIO: <input type="text"/>	MENSAL <input type="checkbox"/>
TERMO: <input type="text"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>
	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>
	ANUAL <input type="checkbox"/>
LOCAL DO PAGAMENTO: ENSA/BANCO	<input type="text"/>
	(A indicar pela ENSA)
MÉTODO DE PAGAMENTO:	<input type="text"/>
	(Numerário; Cheque ou Transferência Bancária; Outros)

PESSOA(S) A SEGUIR					
PROPONENTE	<input type="checkbox"/>	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/>		
DEPENDENTES					
	NOME PRÓPRIO E OUTRAS INICIAIS	APELIDO	RELAÇÃO COM O PROPONENTE* (ESPOSA/ESPOSO, FILHO/FILHA, ETC.)		
			DATA DE NASCIMENTO	DIA	MÊS
1					
2					
3					
4					
*Filhos até 18 ou 24 anos desde que estudantes a tempo inteiro. Prova será exigida.					

A. LEQUE DE COBERTURA PRINCIPAL PRETENDIDO:					
	Proponente	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. COBERTURAS ADICIONAIS					
(Poderão ser comparadas para si e/ou para qualquer dos dependentes incluídos neste formulário desde que contratada a cobertura principal indicada em A.)					
	Proponente	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Cobertura de Evacuação e Repatriamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Aplica-se somente ao proponente e dependentes que escolham o Seguro Completo e Normal.					

História Clínica Confidencial \_ se estiver correctamente coberto pelo ENSA-Saúde, não necessita de completar esta secção

Responda às perguntas abaixo indicadas divulgando toda a informação pertinente se qualquer doença ou sintomatologia for do seu conhecimento ou dela se suspeite. Exemplos típicos de doenças ou sintomas são: varizes, alergias, dores de costas, paludismo, hemorróidas, problemas ginecológicos (irregularidades menstruais, etc.), problemas de ouvidos, nariz, garganta ou quaisquer dores, inchaços ou caroços. Esta informação deve ser divulgada mesmo que não tenha sido consultado um médico e refere-se ao proponente e a todos os dependentes a segurar.

**PARTE A**

Responda a cada pergunta com uma cruz no quadrado correspondente.	Proponente		Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3		Dependente 4	
	NOME:		NOME:		NOME:		NOME:		NOME:	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Esteve internado em algum hospital ou casa de saúde durante os últimos quatro anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consultou algum especialista nos últimos quatro anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Foi consultado por algum médico e/ou foi-lhe receitado algum medicamento nos últimos dois anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Possui qualquer condição médica ou dentária crónica de longo prazo ou possui qualquer outra incapacidade, anormalidade doença ou ferimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Necessita ou prevê consultar um médico ou qualquer profissional de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Está actualmente a tomar qualquer medicação ou prevê a necessidade de vir a tomar medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE B**

Esta secção aplica-se se tiver indicado “SIM” na parte A. Por favor declare a(s) patologias (ou sintomas não diagnosticados) para as quais as respostas que deu se aplicam. Use a coluna 3 para as listar separadamente e forneça a informação adicional requerida pelas colunas de 4 a 6.

1. Nome	2. Números das Perguntas	3. Patologias	4. Consultas e tratamentos recebidos (com datas)	5. Necessidades de tratamentos ou consultas adicionais	6. Presente Estado de Saúde

Se não tiver espaço suficiente, por favor use uma folha separada, indique com uma cruz neste rectângulo

**CONDIÇÕES PREEXISTENTES**

Este seguro exclui quaisquer condições clínicas que tenham sido diagnosticadas ou requerido tratamento médico (incluindo medicamentos prescritos) ou para as quais eu (nós) tenha/tenhamos procurando aconselhamento médico incluindo “check-ups” ou sintomas não diagnosticados quer sejam investigados ou não dentro de um período de dois anos imediatamente anteriores ao primeiro dia do seguro.

Eu (nós) compreendo/compreendemos que a seguir a dois anos de cobertura de seguro contínuo as condições clínicas preexistentes tornar-se-ão elegíveis para benefício, se na primeira vez em que receber tratamento eu (nós) não tenha/tenhamos:

- (a) consultado qualquer Médico para tratamento ou aconselhamento médico, ou
- (b) administrado medicação (incluindo medicamentos prescritos, dietas especiais, injeções).

para tal condição clínica ou qualquer condição relacionada por um período contínuo de dois anos.

**DECLARAÇÃO**

Eu pela presente solicito inscrição no plano juntamente com as pessoas a serem seguradas listadas acima. Declaro com perfeita consciência em nome de todas as pessoas a serem seguradas sob esta proposta que li e entendi perfeitamente a definição de Condições Preexistentes. Acorda-se que esta declaração e a informação aqui prestada constituirão a base do(s) contrato(s) entre a(s) Pessoa(s) e o Segurador.

**ASSINATURA DO EMPREGADO** (em nome de todas as pessoas a serem seguradas).

\_\_\_\_\_

Localidade

Data

**CARIMBO DA EMPRESA E ASSINATURA DO REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

\_\_\_\_\_

Localidade

Data