

Proposta N°:	Apólice N°:	Proposta de: <input type="checkbox"/> Seguro Novo <input type="checkbox"/> Alteração
Produtor: _____ N°: _____	Cobrador: _____ N°: _____	Cliente Universal Seguros: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim N° Cliente: _____
Funcionário: _____ N°: _____	Visto Aceitação: _____ Data: ____ / ____ / ____	Moeda do Contrato: <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AKZ

Tomador de Seguro

Nome: _____

B. Identidade Passaporte _____ Local: _____

Data de Emissão: ____ / ____ / ____ CAE: _____ Profissão: _____

Nacionalidade: _____ Tipo Pessoa: Singular Colectiva Sexo: M F

Morada: _____

Bairro: _____ Município: _____

Provincia: _____ N° Contribuinte: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Telefone/Telemóvel: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Cobrança

Fraccionamento: Anual Semestral Trimestral Mensal Único

Forma de Pagamento: Directo/Tesouraria Banco Agente

Duração do Seguro

Início: ____ / ____ / ____ às ____ : ____ horas

Ano e Seguintes Acerto Venc. ____ (Dia e Mês) Temporário Termo ____ / ____ / ____ (Dias)

Antecedentes do Seguro

O presente risco está ou esteve seguro? Sim Não Se Sim, indique a seguradora: _____

Apólice está anulada? Sim Não Se Sim, qual o motivo? _____

Existem débitos por falta pagamento? Sim Não

Qualidade em que segura

O Imóvel: Proprietário Locatário Outra _____

O Equipamento: Proprietário Locatário Outra _____

Direitos reservados a favor de:

Nome _____

Morada _____

Bairro: _____ Município: _____

Actividade

Actividade: _____

Predominância dos produtos que comercializa/produz: _____

Local do Risco

Morada: _____

Localidade: _____ Caixa Postal: _____

Área Circulante do Risco:

Está perto de cursos de água (mar, ribeiro, lago, etc)? Sim Não Se SIM, a distância? _____

Está junto a uma mata/floresta? Sim Não Identifique: _____

Está isolado? Sim Não

O local de Risco pode ficar desocupado? Sim Não Se SIM, quantos dias? _____

Contiguidades perigosas? Sim Não Se SIM, especifique: _____

Bens a Segurar (É sempre aconselhável anexar uma folha com a discriminação de bens e valores a segurar)

	Valor		Valor
Mobiliário, e conteúdo geral:	_____	<input type="checkbox"/> Edifício:	_____
Equipamento:	_____	<input type="checkbox"/> Fracção:	_____
Mercadoria da Actividade:	_____	Benfeitorias:	_____
Produtos de Terceiros:	_____	SUB-TOTAL(2):	_____
Outros:	_____		
SUB-TOTAL(1):	_____	Total(1+2):	_____

Construção e Ocupação

Paredes Exteriores: Pedra, tijolo ou betão Outro tipo Identifique: _____

Cobertura: Telha cerâmica, fibrocimento ou placa de betão Outro tipo Identifique: _____

Separação entre pisos: Betão, tijolo Outro tipo Identifique: _____

Ano de Construção do Imóvel: _____ Tipo de Imóvel (p/ andares/armazém) _____ Nº de Pisos: _____

Predominância de Ocupação do Imóvel: Comércio: Indústria: Habitação: Outro:

Identifique: _____ Estado de Conservação: _____

Meios de Prevenção contra Roubo/ Incêndio (Obrigatório estarem activos em caso de sinistro)

Inexistência de protecções ou somente com fechaduras de segurança

Sistemas de alarme sonoro

Grades ou painéis metálicos em todas as portas, janelas e montras

<input type="checkbox"/> Guarda ou vigilante permanente	Existem extintores?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Portas blindadas	Existe Rede de Incêndio Armada (RIA)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Alarme ligado à policia	Existem "Sprinklers"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Outros meios _____	Outros meios _____	
	Qual é a distância aos Bombeiros? _____	

Coberturas / Garantias

Cobertura Base

Coberturas Adicionais:

<input type="checkbox"/> Privação Temporária de Uso do Local Arrendado ou Ocupado	Deterioração de Bens Refrigerados	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Greves, Tumultos e Alterações Ordem Pública	Danos à Carga Transportada	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Transportes de Valores	Riscos Eléctricos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Actos de Vandalismo	Equipamento Electrónico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Furto ou Roubo	Encargos Permanentes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trespasse	Fenómenos Sísmicos	<input type="checkbox"/>

Sinistralidade

Data de Início da Actividade / / Já houve ocorrência de sinistros? Sim Não

Se SIM, Quantos? _____ Detalhes das causas dos sinistros: _____

Estavam a coberto de alguma Seguradora? Sim Não Se SIM, Quantos? _____

Declarações

O Tomador de Seguro ao assinar esta proposta garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que possa induzir em erro na apreciação do risco cujo seguro propõe, tal como é a sua obrigação, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Declara também que tomou conhecimentos das condições contratuais aplicáveis ao seguro proposto.

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destina-se à utilização nas relações contratuais com a Seguradora e seus subcontratados. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga respeito, pedindo a sua correcção ou actualização junto da Seguradora.

(Esta Proposta deve ser carimbada e assinada pelo Tomador de Seguro ou por quem legalmente o represente conforme B.I)

O Tomador de Seguro

Nome Mediador _____

Local _____ Data: ____/____/____ Aprovado por: _____ Data: ____/____/____

Morada: Condomínio Belas Business Park, Edifício Cabinda 5ºPiso Sala 501

E-mail: universal.seguros.apoiocliente@gmail.com

Telemóvel: +244 930049170/1 (Horário das 8h00 às 17h00)