

Riscos a Contratar: Seguro Completo Seguro só pensões

Pretende a cobertura de Doenças Profissionais? Não Sim

Há deficientes por manifesta incapacidade física ou mental? Não Sim

Em caso afirmativo indique o(s) seu(s) nome(s) natureza e grau de incapacidade. _____

Entre os indivíduos a segurar há parentes seus? Não Sim

Em caso afirmativo indique nomes, salários, graus de parentesco e trabalhos que executam. _____

● NOTAS: 1 - Está excluído do presente contrato, o Tomador de Seguro.

2 - O cônjuge, filhos, parentes ou afins em linha recta até ao 3º grau da linha colateral, assim como os Administradores e Gestores de quaisquer sociedades, só podem estar garantidos quando mantiverem com o Tomador de Seguro um contrato de trabalho remunerado.

O pessoal a segurar faz uso ou está sujeito aos riscos provenientes do emprego de matérias explosivas, corrosivas, inflamáveis ou outras perigosas? Não Sim

Se SIM, Quais? _____

Qual o nº aproximado de trabalhadores que utilizam veículos motorizados de 2 rodas no trajecto de ida e regresso do trabalho? _____

Utiliza máquinas tipo industrial? Não Sim Se SIM, quais? _____

Emprega Força Motriz? Não Sim Se SIM, que tipo? _____

Tem serviço de transporte próprio? Não Sim

Dá trabalho aos: Domingos Feriados Fora de horas normais

A empresa está regularmente constituída? Não Sim

Tem escrita organizada? Não Sim

São cumpridas todas as normas e regulamentos de segurança em vigor para a respectiva actividade? Não Sim

Possui redes de protecção (só construção civil)? Não Sim

Tem o segurado ao seu serviço a tempo inteiro, um técnico de prevenção e segurança, exclusivamente dedicado a essa função? Não Sim

Em caso afirmativo, indique o seu nome: _____

A que distância se encontra um hospital, farmácia ou médico? _____

Observações: _____

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 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 destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Seguradora e seus sub-contratados. 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 ____/____/____

Rua Assalto de Moncada, nº 9, Luanda – Angola
Telefone: +(244) 935 728 882 ● Fax: +(244) 222 390 663 ● Email: geral@garantia.co.ao
N.º Contribuinte: 540.214.4621

●●● .garantia.co.ao