



SEGURO DE SAÚDE PROPOSTA INDIVIDUAL

Av. 4 de Fevereiro, 93
Caixa Postal 5778
LUANDA
Telefones.: 222 67 16 71/222 33 29 90/ 1/ 3/ 5
Telefax: 67 16 72
N.º Contribuinte: 5.410.001.095
Call Center: 222 692 500
E-mail: gestaodereclamacoes@ensa.co.ao

MOEDA

EMISSOR/PROPOSTA N.º

NIC

CÓD. MEDIADOR FACTOR MULT.

CÓD. MED. COB. CÓD. BALCÃO

Aceite por: _____

Func. n.º _____ Data _____

(Por favor complete com letras de imprensa)

PROPONENTE

NOME:

B.I. Nº ESTADO CIVIL SEXO

MORADA:

LOCALIDADE: _____ MUNICÍPIO: _____ PROVÍNCIA: _____

DATA DE NASCIMENTO: PROFISSÃO: _____

CAIXA POSTAL: N.º CONTRIBUINTE:

PRAZO DO SEGURO

INÍCIO:

TERMO:

FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

MENSAL TRIMESTRAL

SEMESTRAL ANUAL

LOCAL DO PAGAMENTO: ENSA/BANCO

(A indicar pela ENSA)

MÉTODO DE PAGAMENTO:

(Numerário; Cheque ou Transferência Bancária; Outros)

PESSOA (S) A SEGURAR

PROPONENTE DEPENDENTES

DEPENDENTES

	NOME PRÓPRIO E OUTRAS INICIAIS	APELLIDO	RELAÇÃO COM O PROPONENTE (ESPOSA/ESPOSO, FILHO/FILHA, ETC.)	DATA DE NASCIMENTO		
				DIA	MÊS	ANO
1						
2						
3						
4						

* Filhos até 18 ou 24 anos desde que estudantes a tempo inteiro. Prova será exigida.

A. LEQUE DE COBERTURAS PRETENDIDAS:

	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 compradas 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"/>
Cobertura nos E.U.A. e Canadá	<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

História Clínica Confidencial

Responda às perguntas abaixo indicadas divulgando toda informação pertinente se qualquer doença ou sintomatologia for do seu conhecimento ou dela se suspeita. 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 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 listas 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. Necessidade 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 procurado aconselhamento médico (incluindo "check-up") 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 torna-se-ão elegíveis para benefício, se na primeira vez em que receber tratamento eu (nós) não tenha/tenhamos:

- (a) consulta 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 informação aqui prestada constituirão a base do(s) contratos(s) entre a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o Segurador.

ASSINATURA DO PROPONENTE

(em nome de todas as pessoas a serem seguradas)

* _____, _____ / _____ / _____ .
Localidade Data