



TRANQUILIDADE
COMPANHIA DE SEGUROS

DATA DE ENTRADA

Motivo: **Data Efeito (dd-mm-aaaa):**

Data Aprovação (dd-mm-aaaa): **Visto**

INCLUSÃO - -

- -

ALTERAÇÃO - -

Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

EXCLUSÃO - -

Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento da Tranquilidade. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

1 CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Nome

Plano N.º Apólice

Se já é Cliente da TRANQUILIDADE, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice NUIT

PARTICIPANTE - Pessoa Segura 1 (PS1) - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Nome

Título/Sigla Nacionalidade

Morada

N.º Andar Cx. Postal

Cidade Provincia

Município NUIT

Data Nascimento Sexo M F Estado Civil

B.I. Passaporte

Data Admissão Empresa - - Número Empregado

E-mail

Telefone Telemóvel

IBAN

Nome a constar no Cartão

2 AGREGADO FAMILIAR

Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado N.º Cliente

Nome

Nacionalidade

Data Nascimento Sexo M F NUIT

B.I. Passaporte

Nome a constar no Cartão

Pessoa Segura 3 (PS3) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente N.º Cliente

Nome

Nacionalidade

Data Nascimento Sexo M F NUIT

B.I. Passaporte

Nome a constar no Cartão

Nome

Nacionalidade

Data Nascimento Sexo M F NUIT

B.I. Passaporte

Nome a constar no Cartão

Nome

Nacionalidade

Data Nascimento Sexo M F NUIT

B.I. Passaporte

Nome a constar no Cartão

3 OBSERVAÇÕES

DECLARAÇÃO PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Quando o prémio ou fracção inicial não for pago no momento da celebração do contrato, fica desde já acordado entre a Tranquilidade Moçambique, Companhia de Seguros, S.A. e o Tomador do Seguro, de acordo com o estipulado na legislação aplicável, que o prazo máximo para pagamento do prémio será de trinta (30) dias a contar da data de início do contrato ou da data em que a Tranquilidade informe o Tomador do Seguro das condições em que está disposta a garantir o risco, quando após a recepção da proposta, a Tranquilidade lhe tenha solicitado informações adicionais para a avaliação do risco.

Nota: Até o Tomador do Seguro proceder ao efectivo pagamento do prémio ou fracção inicial, o contrato encontra-se suspenso, não produzindo quaisquer efeitos.

<p>_____, ____ / ____ / ____</p> <p>O CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO</p>	<p>O PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS</p> <p>PS1 _____</p> <p>PS2 _____</p> <p>PS3 _____</p> <p>PS4 _____</p> <p>PS5 _____</p>
---	--

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

PARTICIPANTE PRINCIPAL (PS1) _____

N.º Apólice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Responda por favor, às perguntas efetuadas para cada Pessoa Segura, assinalando com um "X" a resposta correcta.

	PS1		PS2		PS3		PS4		PS5	
1. Peso?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Altura?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3. Já alguma vez foi hospitalizado?	<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. Já alguma vez foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?	<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. Teve algum tratamento por alcoolismo ou consumo de drogas?	<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. Participa nalguma actividade de risco, recreativa, desportiva ou relacionada com sua ocupação?	<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"/>
7. Toma regularmente algum medicamento?	<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"/>
Sofre ou sofreu de:										
8. APARELHO RESPIRATÓRIO (Alergias, asma, bronquite, tuberculose ou outras)	<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"/>
9. APARELHO DIGESTIVO (Gastrites, úlceras, hepatite B ou C, colite, doenças da vesícula ou outras)	<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"/>
10. APARELHO URINÁRIO (Infeções, cálculos ou outras)	<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"/>
11. APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (Miomas, quistos, nódulos, displasia ou outras)	<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"/>
12. APARELHO GENITAL MASCULINO (Fimose, próstata ou outras)	<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"/>
13. OSSOS E ARTICULAÇÕES (Hérnia discal, reumatismo, dor ciática, artrose, joanetes ou outras)	<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"/>
14. DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (Tiroide, bócio, obesidade, anemia, hemofilia, púrpura, linfoma, mieloma, ou outras)	<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"/>
15. DIABETES, HIPERTENSÃO	<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"/>
16. DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (Epilepsia, depressões ou outras)	<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"/>
17. DOENÇAS DA PELE (Sinais com alteração, eczema, quistos ou outras)	<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"/>
18. VARIZES (Má circulação, derrames e flebites)	<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"/>
19. HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS	<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"/>
20. CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATORIO (Enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)	<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"/>
21. OLHOS (Estrabismo ou outras, exceto miopia)	<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"/>
22. OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (Otite, sinusite, desvios do septo nasal, amigdalites frequentes e outras)	<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"/>
23. DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO (Cancro, tumor, quisto ou outras)	<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"/>
24. DOENÇAS INFECTO - CONTAGIOSAS (Malária, paludismo, Doença do Sono, Dengue, Tuberculose, infeção com HIV ou outras)	<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"/>
25. POSSUI OU SOFRE DE ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA	<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"/>
26. OUTRAS DOENÇAS	<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"/>
27. A Pessoa Segura alguma vez tentou subscrever um seguro de vida que não tenha sido aceite pela Seguradora?	<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"/>

Se respondeu SIM, em alguma situação, preencha, obrigatoriamente, os quadros abaixo

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Diagnóstico (mês/ano) / Actividade de Risco	Nome do Médico e Especialidade

Qual a doença, quais os tratamentos realizados e quais os medicamentos que toma regularmente?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

Qual o estado actual?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

Prevê que possa vir a necessitar de tratamentos e/ou intervenção cirúrgica?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (AUTORIZAÇÕES)

O Cliente/Tomador do Seguro declara terem-lhe sido colocadas à disposição, no acto da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis ao Contrato de Seguro e prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do mesmo, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente/Tomador do Seguro garante a exactidão e completude das declarações prestadas na presente proposta sob pena do referido contrato poder vir a ser anulado ou considerado nulo, nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente/Tomador do Seguro expressamente consente que os dados pessoais facultados à Tranquilidade sejam objecto de tratamento pela mesma, mediante a respectiva integração numa base de dados e que sejam por aquela comunicados, sob regime de absoluta confidencialidade, a sociedades pertencentes ao mesmo Grupo económico, a mediadores de seguros a ela vinculados e a demais sociedades necessárias para o efectivo cumprimento das obrigações assumidas através do contrato, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos produtos comercializados a cada pessoa.

O Cliente/Tomador do Seguro poderá ter acesso à informação que lhe diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da Tranquilidade.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de recepção, à Tranquilidade no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena de as comunicações ou notificações que a Tranquilidade venha a efectuar para a morada desactualizada serem consideradas válidas e eficazes.

_____, ____/____/____

O PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS

PS1 _____ PS2 _____ PS3 _____

PS4 _____ PS5 _____



TRANQUILIDADE MOÇAMBIQUE
Companhia de Seguros, S.A.
Av. Armando Tivane, 1212, Maputo,
Moçambique
Capital: 50.000.000 MZN
NUIT: 400 347 107