



PROPOSTA DE SEGURO - ACIDENTES DE TRABALHO / WCA

A. INFORMAÇÃO GERAL

1. Nome do Proponente:
Proposer

2. Endereço:
Address

Email address:

3. Caixa Postal:
P.O.Box

4. Telefone:
Tel. Nº

5. Fax:
Fax

B. ACTIVIDADE

6. Tipo de actividade / profissão:
Business activity

7. Número de trabalhadores
(Favor anexar folha de salário recente)
Number of employees:
(Please attach the updated salary bill)

8. Orçamento anual dos salários do pessoal a cobrir:
Estimate Annual Salary

C. DO CONTRATO DE SEGURO

9. Período de seguro de: até:
Period of insurance from to

10. Data de renovação:
Renewal date

11. Prazo de pagamento:.....
Anual / Semestral
Payment period
Annual / Half-Yearly

13. Outra Condições
Other Conditions

Risco de Trajecto (In Itinere) / Transit Risk
Prémio Fixo Pago Adiantadamente / Fixed Advance Premium
Prémio Variável por Período Decorridos / Variable Premium in Arrears
13º Pagamento no Cálculo do Volume de Salário / 13th Cheque in Projections
Cobertura Global sem Indicação de Nomes / Blanket Cover
Doenças profissionais / Occupational illnesses

Incluído/Included
Sim ou Não / Yes or No
Sim ou Não / Yes or No
Sim ou Não / Yes or No
Sim ou Não / Yes or No
Sim ou Não / Yes or No
Sim ou Não / Yes or No

13. Beneficiações ou declarações que possam influir na apreciação do risco
Please advise any additional information regarding the nature of business activity

O proponente declara ter preenchido esta proposta conscientemente e de boa fé.
The proposer declares that the above statements and particulars contained in this proposal are true in every respects.

O Proponente:.....
Proposer

Data:.....
Date