

**RAMO ACIDENTES TRABALHO – POR CONTA DE OUTRÉM
PEDIDO COTAÇÃO**

DADOS IDENTIFICAÇÃO

TOMADOR/NOME: _____
MORADA: _____
LOCALIDADE: _____
TELEFONE _____ TLM _____
ACTIVIDADE _____ CAE _____
NIPC _____

OBJECTO SEGURO

COMP.^a _____

SEGURO NOVO

TRANSFERÊNCIA

APÓLICE N.º _____

ACIDENTES DE TRABALHO

PRÉMIO FIXO – até 5 Funcionários

Pessoas Seguras:

Anexar Listagem de pessoas Seguras com indicação de Nome + Remuneração Mensal Ilíquida + Subsídio Alimentação

PRÉMIO VARIÁVEL- Superior a 5 Funcionários

Pessoas Seguras:

De acordo com Folhas de Férias, necessário enviar todos os meses, até ao 15º dia do mês seguinte.

COBERTURAS E CAPITAIS

CAPITAL SEGURO

.....14 x Rem Mensal..... _____