Dias da Costa Corretores de Seguros, Lda

RAMO ACIDENTES TRABALHO – POR CONTA PRÓPRIA
PEDIDO COTAÇÃO

DADOS IDENTIFICAÇÃO

TOMADOR/NOME:_____

MORADA:_____

LOCALIDADE:_____

TELEFONE_____ TLM _____

ACTIVIDADE_____CAE_____

NIF_____

OBJECTO SEGURO COMP.ª_____

SEGURO NOVO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ APÓLICE N.º_____

ACIDENTES DE TRABALHO

Remuneração Mensal a Segurar……_____

COBERTURAS E CAPITAIS

CAPITAL SEGURO

……14 x Rem Mensal……_____

OBSERVAÇÕES:

Rua Aquilino Ribeiro, 135 4465 – 024 S. Mamede Infesta
Telef 22 903 95 76/7 Fax 22 903 95 78
geral@diasdacostaseguros.com
www.diasdacostaseguros.com