

RAMO ACIDENTES TRABALHO – SERVIÇOS DOMESTICOS
PEDIDO COTAÇÃO

DADOS PESSOAIS

TOMADOR/NOME: _____
MORADA: _____
LOCALIDADE: _____
TELEFONE _____ TLM _____
DATA NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____
N.º CONT _____
CARTA CONDUÇÃO N.º _____ DATA OBTENÇÃO _____

OBJECTO SEGURO

COMP.ª _____

SEGURO NOVO TRANSFERÊNCIA APÓLICE N.º _____

SERVIÇOS DOMESTICOS
TEMPO PARCIAL
N.º DIAS DE TRABALHO / SEMANA..... _____
N.º DE HORAS / DIA..... _____
REMUNERAÇÃO À HORA..... _____
PESSOA SEGURA : S/ NOME
TEMPO INTEIRO
REMUNERAÇÃO MENSAL..... _____
PESSOA SEGURA : FIXA
NOME COMPLETO _____

COBERTURAS E CAPITALIS

Acidentes de Trabalho
CAPITAL SEGURO
Tempo Parcial.....
Tempo Inteiro..... 14 x Rem Mensal

OBSERVAÇÕES:
