

**RAMO SAÚDE GRUPO
PEDIDO COTAÇÃO**

DADOS PESSOAIS

TOMADOR/NOME: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE: _____

TELEFONE _____ TLM _____

DATA NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____

N.º CONT _____

OBJECTO SEGURO

COMP.^a _____

SEGURO NOVO **TRANSFERÊNCIA** **APÓLICE N.º** _____

SAÚDE GRUPO – Empresas

Listagem de Pessoas a Segurar / Funcionários, com indicação do Nome e data de Nascimento

NOME _____ Data Nascimento _____

N.º Total de Pessoas Seguras

COBERTURAS E CAPITAIS

COBERTURAS:

Internamento/ Hospitalização..... _____

Ambulatório (Consultas Tratamentos e Exames)..... _____

Parto..... _____

COB OPCIONAIS:

Estomatologia

Medicamentos

Próteses/ Ortoteses

OBSERVAÇÕES:
