

**RAMO VIDA
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 _____

RAMO VIDA
1 CABEÇA – Uma só pessoa Segura
2 CABEÇAS – Duas pessoas Seguras
1.ª pessoa segura Nome _____ Data Nascimento _____ Profissão _____
2.ª pessoa segura Nome _____ Data Nascimento _____ Profissão _____
CAPITAL A SEGURAR..... _____
EXISTENCIA DE CREDOR SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
ENTIDADE CREDORA..... _____
DURAÇÃO DE CONTRATO..... _____

COBERTURAS E CAPITALIS

COBERTURAS:
BASE – MORTE
COMPLEMENTARES – IAD - Invalidez Absoluta e Definitiva - ITP - Invalidez Total e Permanente