

**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 NÃO

ENTIDADE CREDORA..... _____

DURAÇÃO DE CONTRATO..... _____

COBERTURAS E CAPITALIS

COBERTURAS:

BASE – MORTE

COMPLEMENTARES – IAD - Invalidez Absoluta e Definitiva

- ITP - Invalidez Total e Permanente