



Proposta N.º _____

Seguro Novo

Apólice N.º _____

Alteração à Apólice

É OU FOI CLIENTE DA COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA?

SIM NÃO

N.º de Titular _____
(A preencher pela companhia)

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus Subcontratados.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do cliente.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto das sucursais da Companhia.

TOMADOR DE SEGURO (Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula)

Nome _____
(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____

Localidade _____ C. Postal _____ - _____ Telf. _____ Fax _____

Telemóvel _____ E-mail _____

B. I. / Pass. _____ Data Estado Civil _____ Sexo M F Data Nasci.

Profissão _____ Empres. N.I. N.º _____ Contribuinte _____ CAE _____

Sou Tomador de Seguro ou Segurado/Pessoa Segura de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto? SIM NÃO Em caso afirmativo quais: _____

DURAÇÃO DO SEGURO

Ano e seguintes Início Hora

FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

Anual Semestral

Uma vez que foi convencionado o pagamento do prémio em fracções iguais ou inferiores a três meses e que nas condições particulares serão indicadas as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio de seguro, valor a pagar e consequências do seu não pagamento, declaro de forma expressa e irrevogável que dei o meu consentimento ao Segurador para que este fique dispensado de proceder ao envio dos respectivos avisos de pagamento de cada uma das fracções.

Morada do Tomador de Seguro Débito em conta bancária (Preencher e assinar autorização de transferência bancária) Através do Mediador

Banco _____ NIB _____

PESSOAS SEGURAS

PESSOA SEGURA 1 (PS1) - (Preencher se diferente do Tomador de Seguro)

Nome _____
(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal _____ - _____

Telf. _____ B. I./Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasci. Sexo M F **Nome a constar no Cartão** _____

PESSOA SEGURA 2 (PS2) Parentesco com PS1 _____

Nome _____
(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal _____ - _____

Telf. _____ B. I./Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasci. Sexo M F **Nome a constar no Cartão** _____

PESSOA SEGURA 3 (PS3) Parentesco com PS1 _____

Nome _____
(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal _____ - _____

Telf. _____ B. I./Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasci. Sexo M F **Nome a constar no Cartão** _____

PESSOA SEGURA 4 (PS4) Parentesco com PS1 _____

Nome _____
(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal _____ - _____

Telf. _____ B. I./Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasci. Sexo M F **Nome a constar no Cartão** _____

PESSOA SEGURA 5 (PS5) Parentesco com PS1 _____

Nome _____
(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal _____ - _____

Telf. _____ B. I./Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasci. Sexo M F **Nome a constar no Cartão** _____

