

EMPRESA

N.º de Trabalhadores:

< 20 Trabalhadores (Pequenas / Micro Empresas)

20a 249 Trabalhadores (Médias Empresas)

≥ 250 Trabalhadores (Grandes Empresas)



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/Actividade Empres. N.I. N.º Contribuinte CAE

Sou tomador de seguro ou segurado de outros contratos de seguro que garantam risco ora proposto? SIM NÃO Em caso afirmativo, Quais?

FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

Anual Semestral Trimestral Mensal Vencimento

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

Banco NIB

MÓDULOS SUBSCRITOS **N.º TOTAL DE DOCUMENTOS ANEXOS**

- Pontual Auto- Seguro Automóvel
- Multirrisco- Empresas
- Acidentes de Trabalho
- Responsabilidade Civil Exploração
- Saúde Empresas
- Vida Empresas

ASSINATURA

_____,
(Assinatura do Tomador de Seguro)

INTERVENÇÃO COMERCIAL

Mediador / Produtor N.º Nome

Cobrador N.º Nome

Banco Balcão Produtor Interveniente