



REAL VIDA SEGUROS, S.A.

Sede: Av. de França, 316 - 2º, Edifício Capitólio
4050-276 Porto

Tel.: 220 410 700
Fax: 220 410 706

www.realvidaseguros.pt

Mediador Sabseg Corretor de Seguros, S.A. N.º _____

Agente Cobrador _____ N.º _____

Seguro Novo Proposta N.º ____/____/____

Alteração Apólice N.º ____/____

É obrigatória a resposta a todos os quesitos da presente proposta.

TOMADOR DO SEGURO

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal ____-____ Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento ____/____/____ Sexo F M

Profissão _____ NIF _____ B.I./C.C. _____ Estado Civil _____

Nome a constar no cartão _____

IBAN _____ (Para crédito das participações das despesas médicas)

DADOS DA APÓLICE

Início do Seguro: Ano ____ Mês ____ Dia ____

Duração: Ano e Seguintes

Pagamento do Prémio*: Anual
 Mensal

Forma de Pagamento: Débito Directo
 Outra _____

* Pagamento sujeito a fracção mínima

PESSOAS SEGURAS

1ª Pessoa Segura (preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro)

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal ____-____ Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento ____/____/____ Sexo F M

Profissão _____ NIF _____ B.I./C.C. _____

Nome a constar no cartão _____

IBAN _____ (Para crédito das participações das despesas médicas)

2ª Pessoa Segura

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal ____-____ Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento ____/____/____ Sexo F M

Profissão _____ NIF _____ B.I./C.C. _____

Nome a constar no cartão _____ Grau de Parentesco com a 1ª Pessoa Segura _____

3ª Pessoa Segura

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal ____-____ Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento ____/____/____ Sexo F M

Profissão _____ NIF _____ B.I./C.C. _____

Nome a constar no cartão _____ Grau de Parentesco com a 1ª Pessoa Segura _____

