

Ramo:	Modalidade:	Nº. Apólice:
-------	-------------	--------------

Nome do Tomador:	CNPJ / CPF:
------------------	-------------

Endereço:	Nº:	Complemento:
-----------	-----	--------------

Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
---------	------	---------	---------

Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Tel. Celular:	Fax:
-------------------	-----------------	---------------	------

Nome do Segurado:

Endereço:	Nº:	Complemento:
-----------	-----	--------------

Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
---------	------	---------	---------

Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Tel. Celular:	Fax:
-------------------	-----------------	---------------	------

E-mail:	CNPJ / CPF:	Dt. de Nasc.: ____ / ____ / ____	Profissão:
---------	-------------	----------------------------------	------------

Dados do Seguro:

Prazo do Seguro: ____ dias	Valor do Contrato: R\$
Início : ____ / ____ / ____	Valor da Garantia: R\$
Término: ____ / ____ / ____	

Taxa (%):	Nº. de Parcelas (a vista):	Recibo Provisório Nº.:	Data: ____ / ____ / ____	Valor: R\$
-----------	----------------------------	------------------------	--------------------------	------------

Objeto do Seguro:

Prêmio Líquido (R\$):	Adic. de Fracionamento	Custo da Apólice: R\$ 60,00	IOF (R\$):	Prêmio Total (R\$):
-----------------------	------------------------	---------------------------------------	------------	---------------------

Propõe(m) à **Companhia Mutua de Seguros**, após ter lido e aceito plenamente as Condições Gerais, Particulares e/ou Especiais do Contrato, a realização do Seguro de conformidade com a Especificação Detalhada anexa, para o que presta(m) as informações necessárias completas e verdadeiras, exaradas acima e/ou no(s) Questionário(s) anexo(s), constituindo elas, pela sua veracidade, a base do Contrato e, desse modo, a integram.

Assume(m) o(s) Tomador(es) integral responsabilidade pela exatidão de todas as informações prestadas, mesmo pelas não escritas do próprio punho, autorizando a **Companhia Mutua de Seguros**, caso aceite a sua proposta, a emitir a respectiva Apólice, cujo Prêmio e Despesas se compromete(m) pagar, tão logo lhe(s) sejam exigidos, declarando, ainda que, no caso de opção pelo pagamento concorda(m) com as condições do parcelamento.

Local e Data

Assinatura do Tomador / Responsável

Declaro(mos) que na qualidade de Corretor de Seguros, dei(mos) ao(s) Tomador(es) do presente seguro prévio conhecimento das Condições Gerais e Especiais, Particulares e/ou Acessórias que regerão o Seguro ora proposto.

Local e data:

Nome do Corretor:	SUSEP Nº.:	Ag. Produtora:	Cód. Produtor:
-------------------	------------	----------------	----------------

Remeter Apólice para:
