

Estipulante/Proponente:				CNPJ / CPF:	
-------------------------	--	--	--	-------------	--

Endereço:				Bairro:	
-----------	--	--	--	---------	--

Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:	E-mail:	
---------	-----	------	-----------	---------	--

Garantido/Locatário/Inquilino:				CNPJ / CPF:	
--------------------------------	--	--	--	-------------	--

Endereço:				Bairro:	
-----------	--	--	--	---------	--

Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:	E-mail:	
---------	-----	------	-----------	---------	--

Composição de Renda - 1)				CNPJ / CPF:	
--------------------------	--	--	--	-------------	--

Grau de Parentesco:		Telefone:		Participação na Renda:	
---------------------	--	-----------	--	------------------------	--

Composição de Renda - 2)				CNPJ / CPF:	
--------------------------	--	--	--	-------------	--

Grau de Parentesco:		Telefone:		Participação na Renda:	
---------------------	--	-----------	--	------------------------	--

Dados do Imóvel - Local do Risco - Coberturas:					
--	--	--	--	--	--

Endereço:				Bairro:	
-----------	--	--	--	---------	--

Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:	E-mail:	
---------	-----	------	-----------	---------	--

Tipo de Locação:		Residencial <input type="checkbox"/>	Contas/Impostos	Valores Contratados	
		Comercial <input type="checkbox"/>			
Coberturas:		Cobertura Básica <input type="checkbox"/>	Aluguel	R\$	
		Básica + Multa Contratual <input type="checkbox"/>	Água	R\$	
		***Básica + Danos ao Imóvel <input type="checkbox"/>	Luz	R\$	
		Cobertura Total <input type="checkbox"/>	I.P.T.U	R\$	
			Condomínio	R\$	
			Gás Encanado	R\$	
			TOTAL		

*** Pintura interna conforme Condições Gerais da apólice.		TOTAL			
---	--	-------	--	--	--

Dados do Corretor:		Cód. Interno:		Susep. N°:	
--------------------	--	---------------	--	------------	--

Endereço de Cobrança:				Bairro:	
-----------------------	--	--	--	---------	--

Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:	E-mail:	
---------	-----	------	-----------	---------	--

Demonstrativo do Prêmio				
Prêmio Líquido	Adic. Fracionamento	Custo de Emissão	I.O.F	TOTAL
R\$.	R\$.	R\$.	R\$.	R\$.

Forma de Pagamento:	À Vista <input type="checkbox"/>	Cheques <input type="checkbox"/>	Averbação Mensal		
Quantidade de Parcelas:	1+	1ª Parcela de R\$.	Demais Parcelas de R\$.		

Cheques				
Banco	Agência	N° do Cheque	Valor	Emitente

Declaração	
<p>Declaro ter conhecimento das Condições Gerais do Seguro, estando ciente dos direitos e obrigações das mesmas e assumo total responsabilidade pela exatidão e veracidade das informações contidas nesta proposta, ainda que não escritas de próprio punho. Autorizo a Companhia Mutual de Seguros S/A, caso aceita a proposta, emitir documento solicitado.</p>	
_____	_____
Local/Data	Assinatura do Segurado/Corretor