

Questionário Seguro APP Passageiro

1 – Dados Pessoais

- a) Nome Completo:
- b) CPF/CNPJ:
- c) Data de Nascimento:
- d) E-mail:
- e) Endereço do Estipulante:

2 – Informação do Seguro

Tipo de veículo:

Caminhão Carro de Passeio Ônibus Van

Qtde de Veículo:

Qtde de Assento:

Início de Vigência:

Término de Vigência:

3 – Coberturas Contratadas e Capitais Segurados

<u>MOTORISTA</u>		<u>PASSAGEIRO</u>	
MORTE ACIDENTAL: R\$		MORTE ACIDENTAL: R\$	
IPA: R\$		IPA: R\$	
DMHO: R\$		DMHO: R\$	
AUXÍLIO FUNERAL: R\$		AUXÍLIO FUNERAL: R\$	
AUXÍLIO CESTA BÁSICA: R\$		AUXÍLIO CESTA BÁSICA: R\$	
DIT: R\$	Nº DE DIÁRIAS:	DIT : R\$	Nº DE DIÁRIAS:
DIH: R\$	Nº DE DIÁRIAS:	DIH: R\$	Nº DE DIÁRIAS:

