

DADOS CONDUTOR

Condutor habitual: _____ Sócio nº: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Cód. Postal: _____

Tel: _____ Fax: _____ Tlm: _____ NIF: _____

E-mail: _____

Data Nasc: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____

Carta de Condução nº _____ De: _____

Sofre de algum defeito físico: _____ Qual: _____

DADOS VIATURA

Matricula: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Ano/Mês: _____ CC: _____ Peso Bruto: _____ N. Lugares: _____

Combustivel: _____ Nº IPO: _____ Validade: _____

QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

Esta ou esteve seguro no ramo automóvel com este veículo: _____

Em que companhia: _____ Nº da apólice: _____

Ocorreram acidentes nos últimos 5 anos: _____

DATA DE INÍCIO PRETENDIDA

OPÇÕES SEGURO Indicar com uma cruz (X) o tipo de seguro pretendido

Seguro Anual Clássico (Responsabilidade Civil Obrigatória + Assistência em Viagem) -----> **46.00Euros**

Seguro Anual Clássico com ocupantes (Responsabilidade Civil Obrigatória + Assistência em Viagem + ocupantes - MIP-7.500€ / DT-750€) -----> **60.00Euros**

Declaro que o veículo supracitado é de circulação ocasional, utilizando como transporte habitual a viatura:

Marca/Modelo: _____ Matricula: _____

OUTRAS DECLARAÇÕES

Assinatura **Proprietário:** _____

Assinatura **Tomador:** _____

DEPARTAMENTO DE SEGUROS DO VW AR CLUBE DE PORTUGAL

Rua do Poço, nº 34
4900-519 VIANA DO CASTELO
Tel: 258 825 268*
Tlm: 965 671 963** / 916 798 176**
NIB 0010.0000.03042130002.18

* «Chamada para a rede fixa nacional»
** «Chamada para a rede móvel nacional»

As informações e subscrição são da responsabilidade da
Portinsurance, inscrita no ISP com o nº407162281.
www.portinsurance.pt
rosa.afonso@agente-portinsurance.pt