



Requisição de Seguro para Testes 2018

IDENTIFICAÇÃO DO REQUISITANTE

Nome					
Data de Nascimento					
Carta de Condução nº		Data de Emissão		Validade	
BI / CC nº		NIF			
Morada					
Localidade			Cod. Postal		
Localidade Postal		Telefone		Telemóvel	
E-mail					

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS (Não Licenciados)

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

SEGURO RESPONSABILIDADE CIVIL AUTOMÓVEL

Documento Único do Carro a Testar	(Cópia anexo)
Licenciado nº (Se for o caso)	

DADOS DOS TESTES

Datas			
Locais			
Condições de Segurança			

DATA DE REQUISIÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assinatura		
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------	--	--

Valor Seguro AP		€	Valor Seguro RC		€
-----------------	--	---	-----------------	--	---

Total		€
-------	--	---

Modo de Pagamento					
-------------------	--	--	--	--	--

Factura / Recibo nº		Recebido por			
---------------------	--	--------------	--	--	--