

DADOS DO SOLICITANTE

Nome:	Cooperativa:	Tel. / Fax:
-------	--------------	-------------

DADOS DO SEGURADO

Nome:	Data de Nasc:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado
CEP	CPF/CNPJ:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Há Quantos veículos na residência do segurado? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou 5		Possui filhos ou enteados com idade de 18 a 26 anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Relação do segurado com o proprietário do veículo? <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Motorista particular <input type="checkbox"/> Outros (especificar)		

DADOS DO VEÍCULO

Fabricante:	Modelo (detalhar):	Nº de portas:	Ano Fabricação / Modelo:	Placa:	Chassi:
Combustível: <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Diesel <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Bi-combustível			Veículo 0km: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Veículo possui dispositivo antifurto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?			Cor do veículo:		
Veículo Financiado: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> CDC <input type="checkbox"/> Leasing					

DADOS DO PRINCIPAL CONDUTOR

Nome:	CPF:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
Data de Nasc:	CEP de pernoite:	
Profissão:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Utiliza o veículo como meio de transporte ao trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não trabalha	Utiliza o veículo como meio de transporte a faculdade / MBA/ Pós? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não estuda	Mora em: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Casa condomínio fechado
Data da 1ª habilitação:	Nº da CNH:	
Possui garagem? <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Local de Estudo	Reside com: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Outros	
Qual a distância da residência do principal condutor até o seu local de trabalho? <input type="checkbox"/> Até 10Km <input type="checkbox"/> Até 20Km <input type="checkbox"/> Até 30Km <input type="checkbox"/> Até 40Km <input type="checkbox"/> Acima de 40Km <input type="checkbox"/> Não trabalha ou não utiliza o veículo como meio transporte ao trabalho		
Quantos quilômetros em média o veículo circula por mês? <input type="checkbox"/> Até 500Km <input type="checkbox"/> Até 1.200Km <input type="checkbox"/> Acima de 1.200Km		
Residentes ou dependentes entre 18 a 26 anos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, e não utilizam o veículo		
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino Qual idade? _____ O veículo é utilizado para visita a clientes? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO

<input type="checkbox"/> LAZER	<input type="checkbox"/> COMERCIAL	<input type="checkbox"/> LOCOMOÇÃO DIÁRIA	<input type="checkbox"/> CARGA (especificar)
--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------------

BÔNUS, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO (PREENCHER EM CASO DE RENOVAÇÃO)

Bônus Atual:	Vigência do Seguro:	Número da apólice atual:
Renovação (Especificar seguradora):		Renovação com sinistro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Seguro Novo

COBERTURAS E IMPORTÂNCIAS SEGURADAS

Percentual FIPE (%):	APP (p/ ocupante): R\$ 5.000,00	VIDROS: <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Nenhum
RCF – Danos Materiais: R\$ 50.000,00	RCF – Danos Corporais: R\$ 50.000,00	CARRO RESERVA: <input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 15 DIAS <input type="checkbox"/> 30 DIAS <input type="checkbox"/> Nenhum
Franquia: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> REDUZIDA		