

— PROPOSTA DE ALTERAÇÃO — PROTEÇÃO LAR

INTERVENIENTES

Tomador do Seguro

Nome

NIF (Campo obrigatório) Apólice (Formato 2 + 8 dígitos)

LOCAL DE RISCO

Morada local de risco Código postal

Tipo de imóvel Ano Construção N° de assoalhadas Área Bruta em m2

Uso da habitação (exclusivamente residencial)

CAPITAIS SEGUROS

Capital Seguro de Edifício em Euros (Valor de reconstrução) €

Capital Seguro de Recheio em Euros €

Data (DD/MM/AAAA)

Assinatura do Tomador do Seguro¹

¹ Por motivos legais e de segurança, para efeitos de validação de assinatura enquanto tomador do seguro, anexo cópia de B.I./C.C. e autorizo a utilização do mesmo para o efeito indicado

