****

Questionário para cotação de Seguro Automóvel

**1 -DADOS DO SEGURADO :**

**Nome Completo:**  **Nº da CNH** 

 **CPF**: **Tel**.:  **Data Nascimento.:**  **Est. Civil**: 

**Profissão**: **RG**: **Órgão exp**: **Data Expedição:** **CEP pernoite veículo**: 

**2- DADOS DO VEÍCULO:**

**Fabricante:**  **Modelo Completo**:  **Aut./Mec**. 

**Combustível**: Gasolina Álcool Diesel  Flex **0 km:**  Não  Sim **Data da Saída da Concessionária (0km):** 

**Ano Fáb.:**  **Ano Mod.:**  **Placa:**  **Chassi:** 

**RENAVAM**:  **Cor:**  **Financiado**:  Sim  Não **Possuí Dispositivos Antifurtos**? 

**Veiculo (DUT) em nome de**:  Segurado  Outros (preencher o nome): 

**3 - ENDEREÇO PARA ENVIO DE APÓLICE E CORRESPONDÊNCIA:**

**CEP:**  **Rua:**  **N°**  **Complemento**: 

**Bairro**:  **Cidade:**  **UF**:   Casa  Apto  Sala

**4 - DADOS DO PRINCIPAL CONDUTOR** (Quando este não é o segurado):

**Nome Completo**: **Profissão****Data nascim**. 

**CPF**: **Est Civil**:  Nº **CNH**  **Data Exped**.**Rel.c/segurado**: 

**5 - UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO:**

Particular Comercial  Transporte de Carga  Aplicativo  Taxi

**Tipo carroceira/Caminhão**: **Vlr.Carroceria**: **Garagem residência**:  Sim  Não automáticomanual

**Portão na residência**: automáticomanual **Garagem no Trabalho**: Sim  Não  Não uso veículo p/ ir ao trabalho Não trabalho

**Distância do local de trabalho à residência**:  **Km diário rodado**  **Km mensal** 

**Garagem na Faculdade**:  Sim  Não  Não Utilizo como ida e volta da faculdade  Não Estudo

**Desejo cobertura p/ condutores de 18 à 25 anos**:  Sim  Não  **Data de nasc. do Condutor de 18 a 25 anos**:  **Sexo**: 

**6 - DADOS DO SEGURO:** *(Cobertura para veiculo segurado)*

**Franquia:**  Normal  Reduzida FIPE:  100% 105%  110% **Assistência Reboque**:  200 300 500  S/ limite

**RCF (*cobertura para terceiros):***

**Danos Materiais R$**  **Danos Materiais R$****Danos Corporais R$** **Danos Morais R$**  **App R$**  **Deseja Cobertura para Vidros?**  Não  Básico Completos (*incluem-se faróis e lanternas)*

**Deseja Contratar carro reserva**?  Não  Sim 7 dias 15 dias  30 dias

**Tipo de Seguro:**  Seguro Novo  Renovação sem sinistro  Renovação com sinistro

**7 -DADOS DA APOLICE ANTERIOR**: (Preenchimento obrigatório se renovação)

**Nome da seguradora anterior:**  **Classe de** **Bônus** (que consta na apólice):

 **N° da apólice**:  **N° do C. I**  **Final da Vigência da Apólice**: 