



QUESTIONÁRIO PARA ELABORAÇÃO DE ORÇAMENTO DE SEGURO PARA AUTOMÓVEL



DAGAMA CORRETORA DE SEGUROS
http://www.dagama.com.br

Nº DA COTAÇÃO

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para o e-mail de contato.

COMO VOCÊ CHEGOU ATÉ NÓS?: (INDICAÇÃO)

DATA DA COTAÇÃO:

DADOS DO PROPONENTE / SEGURADO

| | | | | | |
|-------------------------------|----|------------|------------------|-------------------|--------------------|
| NOME DO PROPONENTE / SEGURADO | | CPF | TEL. RESIDENCIAL | TEL. CELULAR | TEL. COMERCIAL |
| E-MAIL | | IDENTIDADE | ÓRGÃO EXPEDIDOR | DATA DE EXPEDIÇÃO | DATA DE NASCIMENTO |
| ENDEREÇO | | | | COMPLEMENTO | |
| BAIRRO | UF | CIDADE | | | CEP |

DADOS DO VEÍCULO

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------|
| MARCA DO VEÍCULO | MODELO / VERSÃO | PORTAS | ANO FAB. | ANO MOD. | ZERO KM SIM NÃO | PLACA | CHASSI |
| COMBUSTÍVEL | COR | KM ATUAL | O SEGURADO É PROPRIETÁRIO LEGAL DO VEÍCULO? SIM NÃO - NOME: | | | DATA DE NASC. | CPF |
| VEÍCULO ALIENADO SIM NÃO | VEÍCULO BLINDADO SIM NÃO | POSSUI KIT GNV SIM NÃO | VALOR (R\$) | RENAVAM | USO DO VEÍCULO | | |
| OPCIONAIS | AIR BAG MOTORISTA BANCOS DE COURO | AIR BAG PASSAGEIRO FREIO ABS | AR CONDICIONADO DIGITAL VIDROS ELÉTRICOS | CÂMBIO AUTOMÁTICO TRAVA ELÉTRICA | AR CONDICIONADO RODAS DE AÇO | AROS LIGA LEVE DIREÇÃO HIDRÁULICA | |

DADOS DO SEGURO

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|---|------------------------------------|--|
| TIPO DE SEGURO (RESponder AS PERGUNTAS GRIFADAS EM VERMELHO SOMENTE EM CASO DE RENOVAÇÃO) | | | HOUE SINISTRO DURANTE A VIGÊNCIA ATUAL? | | Nº APÓLICE ATUAL |
| NOVO RENOVAÇÃO - SEGURADORA: | | | SIM NÃO | | |
| CLASSE DE BÔNUS ATUAL: | FATOR DE AJUSTE - FIPE (%) | CÓD. FIPE | FIPE (R\$) | DATA VENCIMENTO APOLICE | C.I. (Código de identificação da apólice de seguros) |
| TIPO DE FRANQUIA | APP - MORTE (R\$) | APP - INVALIDEZ (R\$) | | ASSISTÊNCIA 24H BÁSICA COMPLETA | OBSERVAÇÃO |
| RCF - DANOS MATERIAIS (R\$) | RCF - DANOS CORPORAIS (R\$) | CARROCERIA (R\$) | | TIPO DE CARROCERIA | |
| GARANTIAS ADICIONAIS | | | | | |
| RASTREADOR | | DESP. EXTRAS | VALOR DE NOVO | CARRO RESERVA - DIAS: | |
| ANTI FURTO | | CARGA TRANSPORTADA | CEP DE PERNOITE | | |

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|---------------|------|--|-------------------------|
| PRINCIPAL CONDUTOR (Pessoa que utiliza o veículo por mais de 85% da semana) | | CPF | DATA DE NASC. | SEXO | ESTADO CIVIL | Nº CART. DE HABILITAÇÃO |
| DATA DA 1ª HABILITAÇÃO | RELAÇÃO COM PRINCIPAL CONDUTOR | | ESCOLARIDADE | | PROFISSÃO | |
| POSSUI CONDUTORES ENTRE 18 E 25 ANOS | UTILIZA O VEÍCULO | POSSUI FILHOS NÃO SIM - IDADES: | | | VEÍCULOS FURTADOS NOS ÚLTIMOS 2 ANOS | |
| TIPO DE RESIDÊNCIA | GARAGEM NA RESIDÊNCIA | GARAGEM NO TRABALHO | | | DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA PARA O TRABALHO | |
| GARAGEM NO COLÉGIO / FACULDADE | | KM MÉDIA MENSAL | | | POSSUI OUTROS VEÍCULOS NA RESIDÊNCIA NÃO SIM - QUANTOS: | |
| 2º CONDUTOR | | CPF | DATA NASC. | SEXO | ESTADO CIVIL | Nº DA HABILITAÇÃO |
| 3º CONDUTOR | | CPF | DATA NASC. | SEXO | ESTADO CIVIL | Nº DA HABILITAÇÃO |

OBSERVAÇÕES

COTAÇÕES CONCORRENTES - Caso já tenha realizado cotações, informe o menor preço ofertado.

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------|
| SEGURADORA | COBERTURA(S) OFERECIDA(S) | FRANQUIA OFERECIDA | VALOR FRANQUIA R\$ |
| VALOR À VISTA OFERECIDO - R\$ | COBERTURAS ADICIONAIS OFERECIDAS | | |

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para o e-mail de contato.