

PEDIDO DE INCLUSÃO DE RECÉM NASCIDO

db Saúde +

Apólice

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome

N.I.F. (Campo de preenchimento obrigatório)

2. PESSOA A INCLUIR

Nome

Data de Nascimento (a) / / N.I.F. (Campo de preenchimento obrigatório)

(a) Este impresso deve ser enviado à VICTORIA no prazo de 30 dias a contar da data de nascimento do recém nascido.
Na eventualidade de ser ultrapassado deste prazo, terá que preencher um questionário clínico.

Receberá, em breve, a ata adicional contemplando esta inclusão de pessoa segura, à qual se aplicarão todas as condições em vigor.

3. DATA E ASSINATURA

Local e data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador do Seguro)

WEBDOC DB P INC

