

PEDIDO DE INCLUSÃO DE RECÉM NASCIDO
VICTORIA SEGUROS DE 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.

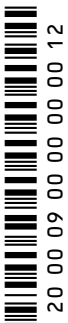
Receberá, em breve, a ata adicional contemplando esta inclusão de pessoa segura, à qual se aplicarão todas as condições em vigor.

3. DATA E ASSINATURA

Local e data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador do Seguro)

WEBDOC VSS P1NC



20 00 09 00 00 00 00 12