

Formulário – Seguro de Vida em Grupo



DADOS DO SEGURADO

Razão Social:		CNPJ:		Adesão do Grupo:	
Forma de custeio:	Há prestadores de serviço?	Há motoristas?	Há aposentados?	Há motoboys?	Funcionários > 65 anos
Endereço:		CEP:	e-mail do rh:		

QUESTIONÁRIO DE RISCO

Tipo do Plano:		Tipo de cálculo:		Afastados?	
Morte:	Morte Acidental em dobro:	Invalidez por acidente:	Despesas médicas hospitalares	Cesta básica em caso de morte do principal segurado	
Antecipação especial por doença	Morte qualquer causa Cônjuge 50%	Doenças congênita para Filhos 25%	Renda por Incapacidade Temporária por Acidente	Assistência Funeral	

GRUPO SEGURADO

Há sócios neste seguro?	Capital Segurado	Nº de sócios	Há diretores neste seguro?	Capital Segurado	Nº de diretores
Seguro apenas para funcionários?	Capital Segurado	Nº de funcionários	Há estagiários neste seguro?	Capital Segurado	Nº de estagiários

Observações: