

Formulário PME Saúde

Preencha o formulário abaixo e envie para o seguinte e-mail: peessoas@brinfinite.com.br

DADOS DO PROPONENTE:

Nome da empresa

CNPJ

(DDD) Telefone

E-mail

DADOS DO SEGURO

Haverá coligação? Sim Não

Tabela Compulsória ou Adesão?

Qual será o número de vidas?

Procura por um plano regional ou nacional?

Qual tipo de plano está a procura? Básico Intermediário Superior

Possuia algum plano anteriormente? Qual?

Se sim, informe quando venceu.

FAÇA UMA RELAÇÃO COM A DATA DE NASCIMENTO DE CADA FUNCIONÁRIO E DEPENDENTES:

DADOS DO CORRETOR:

Corretor (a)

CNPJ

E-mail

Telefone

Endereço

Cep

UF