

Formulário Vida Individual

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

TIPO DE SEGURO: Novo Transferência

VIGÊNCIA:

DADOS DO PROPONENTE:

Nome Completo

CPF RG Órgão Expeditor Data de Expedição

E-mail Data de nascimento Telefone Celular

Endereço Cep UF

É estrangeiro? Sim Não

É fumante? Sim Não

DADOS DO RISCO:

Atividade ocupacional/ renda mensal

Pratica algum esporte de risco?

Tem dependentes ou herdeiros legais?

Informe o seu peso

Informe a sua altura

INFORME AS COBERTURAS DESEJADAS:

Doenças Graves – Básico

Diagnóstico de câncer (feminino/masculino)

Doenças Graves – Estendido

Morte natural

Invalidez permanente total ou parcial por Acidente

Morte acidental

Despesas médicas, hospitalares e odontológicas

A melhor escolha para você

#VemSerBRInfinite



Formulário Vida Individual

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

INFORME AS ASSISTÊNCIAS DESEJADAS:

Vítima de crime

Assistência filhos

Segunda opinião médica

Assistências Residencial

DADOS DO CORRETOR:

Corretor (a)

CNPJ

E-mail

Telefone

Endereço

Cep

UF