

## Formulário Vida em Grupo

Preencha o formulário abaixo e envie para o seguinte e-mail: [peessoas@brinfinite.com.br](mailto:peessoas@brinfinite.com.br)

### DADOS DO PROPONENTE:

Nome da empresa

CNPJ

(DDD) Telefone

E-mail

### INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DESEJADO:

Informe o tipo de seguro

PME

Global

Convenção coletiva

Seguro novo ou renovação?

Novo

Renovação

Qual será a vigência?

Qual será o número de vidas?

Qual será o tipo do grupo? Exemplo: Sócios + Funcionários ou apenas funcionários

### INFORME AS COBERTURAS DESEJADAS:

Morte

IFPD

Morte acidental

Doenças Graves – Básico

Rescisão Trabalhista

Doenças Graves – Estendido

Auxílio cesta básica

Invalidez permanente total ou parcial por Acidente

Auxílio creche

Despesas médicas, hospitalares e odontológicas

Auxílio funeral familiar

Diária para Incapacidade temporária para acidentes ou doenças

### INFORME AS ASSISTÊNCIAS DESEJADAS:

Natalidade

Cesta básica

Nutrição

### DADOS DO CORRETOR:

Corretor (a)

CNPJ

E-mail

Telefone

Endereço

Cep

UF