

Formulário Vida em Grupo

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

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:

Vítima de crime

Assistência filhos

Segunda opinião médica

Assistências Residencial

DADOS DO CORRETOR:

Corretor (a)

CNPJ

E-mail

Telefone

Endereço

Cep

UF