

QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DE SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL

CNPJ: 61.198.164/0001-60

SUSEP: 10.2005753.9



FAVOR TRANSMITIR ESTE FORMULÁRIO, DEVIDAMENTE PREENCHIDO PARA O E-MAIL: ALCORR@ALCORR.COM

DADOS DO CORRETOR

CORRETOR ALCORR CORRETORA DE SEGUROS		SUSEP 10.2005753.9
E-MAIL alcorr@alcorr.com	CONTATO (92) 3302-0006	

DADOS DO PROPONENTE

NOME OU RAZÃO SOCIAL			C.P.F./C.N.P.J.		
R.G./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (Exclusivo para Pessoa Física)	ORGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (Exclusivo para Pessoa Jurídica)		
ENDEREÇO		Nº			
BAIRRO	CIDADE	U.F.	COMPLEMENTO		
E-MAIL			(DDD) TELEFONE		

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES A SEREM INCLUÍDOS NA APÓLICE (NOME, DATA DE NASCIMENTO, NÚMERO DE TELEFONE E E-MAIL)

HISTÓRICO DE SEGURO DE SAÚDE

Declaro estar ciente de que, caso o seguro venha a ser contratado, o presente questionário fará parte integrante da apólice, que todas as informações aqui contidas são verídicas, e que quaisquer informações divergentes das declaradas neste questionário que alterem o risco, seja em todo ou em parte, implicará na perda da indenização em caso de sinistro.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE A ANÁLISE DO RISCO, NÃO IMPLICANDO AUTOMATICAMENTE NA ACEITAÇÃO DO SEGURO.