



SEGURO
Odontológico

QUESTIONÁRIO PARA SEGURO ODONTOLÓGICO COLETIVO EMPRESARIAL

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para o e-mail de contato.

DADOS CADASTRAIS									
RAZÃO SOCIAL						C.N.P.J.			
NOME FANTASIA						C.N.A.E. (CÓDIGO RAMO DE ATIVIDADE)		Nº DE VIDAS	
CEP	ENDEREÇO					Nº	COMPLEMENTO		
BAIRRO					CIDADE			ESTADO	
CONTATO			CARGO		(DDD) TELEFONE		(DDD) FAX		
DADOS DO CORRETOR									
CORRETOR(A)				SUSEP	(DDD) TELEFONE	(DDD) FAX	AGENCIAMENTO (%)		CORRETAGEM (%)
E-MAIL				E-MAIL DE CONTATO PARA RETORNO DO ESTUDO.					
DADOS PARA AVALIAÇÃO DO RISCO									
ABRANGÊNCIA DESEJADA PARA O SEGURO:									
REGIONAL		ESTADUAL		NACIONAL		INTERNACIONAL			
Nº DE VIDAS DE TITULARES			Nº DE VIDAS DE DEPENDENTES			Nº DE VIDAS DE AGREGADOS			
TIPO DE PLANO : COLETIVO EMPRESARIAL									
OPÇÃO DE CONTRATAÇÃO		PLANO POR ADESÃO			PLANO COMPULSÓRIO				
SE A FORMA DE DE CUSTEIO DESEJADA FOR CONTRIBUTÁRIA, INFORMAR OS PECENTUAIS DE CONTRIBUIÇÃO									
% DE CONTRIBUIÇÃO DA EMPRESA/ESTIPULANTE					% DE CONTRIBUIÇÃO DO FUNCIONÁRIO/SEGURADO				
O GRUPO EM REFERÊNCIA POSSUI PLANO ODONTOLÓGICO?									
SIM		NÃO							
HÁ QUANTO TEMPO?									
QUAL O MOTIVO DA TROCA?									
TODOS OS TITULARES COMPROVAM VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE?									
SIM		NÃO							
EXISTE M	ESTAGIÁRIO OS ?	SE SIM	QUANTOS?	ESTÃO NO PLANO ATUAL?		SIM	NÃO		
EXISTE M	AGREGADO S ?	SE SIM	QUANTOS?	ESTÃO NO PLANO ATUAL?		SIM	NÃO		
OUTRAS OPERADORAS ESTÃO SENDO COTADAS? SE SIM, QUAIS?									
EXISTEM VIDAS QUE SERÃO SEGURADAS EM OUTROS ESTADOS?									
SE SIM INFORMAR O TOTAL DE VIDAS POR REGIÃO									
REGIÃO NORTE		REGIÃO SUL		REGIÃO SUDESTE		REGIÃO CENTRO OESTE		REGIÃO NORDESTE	
O GRUPO EM REFERÊNCIA POSSUI SEGURO SAÚDE EM VIGOR?									
SE SIM, QUAL O PLANO E A SEGURADORA ?									
OBSERVAÇÕES									

Declaro e afirmo para todos os fins e efeitos que todas as declarações acima são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE

ASSINATURA DO CORRETOR