



# QUESTIONÁRIO PARA SEGURO SAÚDE - COLETIVO



DAGAMA CORRETORA DE SEGUROS  
http://www.dagama.com.br

05 A 09 VIDAS

10 A 29 VIDAS

30 A 99 VIDAS

INÍCIO DA VIGÊNCIA

DIA DE VENCIMENTO DAS FATURAS

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

## CORRETOR

CORRETOR

SUSEP

## EMPRESA PROPONENTE

RAZÃO SOCIAL

CNPJ

ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

RAMO DE ATIVIDADE

TELEFONE COMERCIAL

RAMAL

TELEFONE CELULAR

PESSOA DE CONTATO

TIPO (SEXO)	CO-PARTICIPAÇÃO		TITULARES (SEXO FEMININO) (quantidade de pessoas por faixa etária)										TOTAL DE MULHERES
	SEM	COM INFORMAR %	0 -18	19 - 23	24 -28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	59 OU +	
TITULARES (F)	( )												

TIPO (SEXO)	CO-PARTICIPAÇÃO		TITULARES (SEXO MASCULINO) (quantidade de pessoas por faixa etária)										TOTAL DE HOMENS
	SEM	COM INFORMAR %	0 -18	19 - 23	24 -28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	59 OU +	
TITULARES (M)	( )												

TIPO (SEXO)	CO-PARTICIPAÇÃO		DEPENDENTES (quantidade de pessoas por faixa etária)										TOTAL DE DEPENDENTES
	SEM	COM INFORMAR %	0 -18	19 - 23	24 -28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	59 OU +	
FILHOS (M)	( )												
FILHAS (F)	( )												
NETOS (M)	( )												
NETAS (F)	( )												
CONJUGES (M)	( )												
CONJUGES (F)	( )												
PAIS	( )												
MÃES	( )												
AVÔS (M)	( )												
AVÔS (F)	( )												
OUTROS (ESPECIFICAR EM OBSERVAÇÕES)	( )												

## PLANO DESEJADO

REDE COMPLEMENTAR

REEMBOLSO

ENFERMARIA

QUARTO

## INFORMAÇÕES SOBRE PLANOS ANTERIORES / ATUAIS

NOME DA EMPRESA

NOME OU TIPO DE PLANO

DATA DE ADESÃO

VÁLIDO ATÉ

## CARÊNCIAS

SOLICITAR APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

OUTRAS OBSERVAÇÕES

## OBSERVAÇÕES