

DADOS CADASTRAIS

Razão Social				CNPJ			
Nome Fantasia				C.N.A.E (Código Ramo de Atividade)			
CEP		Endereço		Nº		Complemento	
Bairro		Cidade		Estado		(DDD) Telefone	

DADOS DO CORRETOR

Corretor(a)			Susep Nº		(DDD) Telefone		
Agenciamento(%)			Corretagem(%)		Já é corretor desta empresa no plano atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
E-mail			Nome do solicitante do orçamento (Preenchimento Obrigatório)				
E-mail de contato para retorno do estudo							

INFORMAR EMPRESAS FILIAIS

Razão Social				CNPJ			
Nome Fantasia				C.N.A.E (Código Ramo de Atividade)			
CEP		Endereço		Nº		Complemento	
Bairro		Cidade		Estado		(DDD) Telefone	

DISTRIBUIÇÃO DE VIDAS

Observação: Preencha a tabela informando a totalidade por faixa, respeitando o grau de parentesco e sexo. A falta destas informações impactará no prazo de retorno deste estudo

Faixa Etária	Titular		Dependentes (Cônjuges e Filhos solteiros menores de 30 anos)		Agregados		Total por faixa	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
00 - 18 Anos								
19 - 23 Anos								
24 - 28 Anos								
29 - 33 Anos								
34 - 38 Anos								
39 - 43 Anos								
44 - 48 Anos								
49 - 53 Anos								
54 - 58 Anos								
59 - 69 Anos								
70 - 79 Anos								
80 ou Mais								
Total								
Total Geral								

SEPARAR O TOTAL GERAL DO GRUPO SEGURÁVEL DE ACORDO COM OS ESTADOS DO QUADRO ABAIXO:

Estado	Qtd. Vidas	Estado	Qtd. Vidas	Estado	Qtd. Vidas	Estado	Qtd. Vidas	Estado	Qtd. Vidas
São Paulo		Amazonas		Maranhão		Paraná		Rondônia	
Litoral Paulista		Bahia		Mato Grosso		Pernambuco		Roraima	
Vale Do Paraíba		Ceará		Mato Grosso Do Sul		Piauí		Santa Catarina	
Acre		Distrito Federal		Minas Gerais		Rio De Janeiro		Sergipe	
Alagoas		Goiás		Pará		Rio Grande Do Norte		Tocantins	
Amapá		Espírito Santo		Paraíba		Rio Grande Do Sul			

Importante: Para garantir agilidade ao seu pedido de cotação, envie a solicitação de estudo empresarial por meio do CORRETOR ON-LINE - COL. No caso de manter seu pedido neste formulário, é imprescindível o completo e correto preenchimento de todos os campos, bem como do questionário, e o envio deste, acompanhado de cópia do relatório de sinistralidade dos últimos 12 meses do plano vigente, para o e-mail estudo.saude@portoseguro.com.br. Caso haja divergência entre os dados informados no formulário e os documentos apresentados para análise e emissão do estudo (relatório de sinistralidade, distribuição etária, laudo médico etc), a aceitação e os custos estarão sujeitos a reanálise e/ou alterações.

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL EMPRESARIAL (Preenchimento Obrigatório)

IMPORTANTE: Caso o questionário não seja totalmente preenchido, a aceitação e os custos estarão sujeitos a análise e/ou alterações.

1. O grupo segurável deste estudo representa qual % do FGTS?

100% do FGTS 100% do Plano anterior 100% do Contrato Social

2. O grupo em referência tem plano de saúde?

Não Sim Qual? Há quanto tempo? _____

3. Qual a data de aniversário do contrato atual?

4. Qual o % do último reajuste aplicado no contrato?

5. Qual o valor da última fatura?

6. Qual a sinistralidade dos últimos 12 meses do plano atual? (Anexar relatórios)

7. Forma de custeio do plano:

Não contributivo Contributivo, quais os percentuais de contribuição? _____ Empresa (%) _____ funcionário (%)

8. Existem riscos crônicos?

Não Sim Quantos?

9. Existem afastados?

Não Sim Quantos?

Casos Crônicos	Quantidade de Pessoas			
	Home Care	Internado(s)	Afastado(s) Não internado(s)	Não Afastado(s)
Câncer (Neoplasia Maligna, Linfoma) Quimioterapia				
Cirrose Hepática				
Diabetes Grave (Problema Renal, Cardíaco, Vascular)				
Doenças Cardíacas Graves (Problemas Coronarianos, Valvares, Insuficiência, Arritmias)				
Doenças Neurológicas Graves (Miastenia, Esclerose Múltipla, Outros)				
Doenças Pulmonares Graves (Enfisema, Asma, etc)				
Escoliose				
Hepatite B ou C				
Hérnia de Disco em tratamento fisioterápico				
Hérnia de Disco que necessitará cirurgia				
HIV - Soro Positivo				
Insuficiência Renal				
Obesidade Severa				
Problemas Ortopédicos: No joelho, ombro ou quadril que necessitarão de cirurgia (próteses, ligamentos, etc)				
Retocolite, Doença de Crohn				
Reumatismos Graves (Psoríase, Artrite Reumatóide, Lúpus, Espondilite Anquilosante, etc)				
Outros (especifique)				

IMPORTANTE: Para envio do relatório de sinistralidade, encaminhe o arquivo para estudo.saude@portoseguro.com.br ou entregue pessoalmente em nossa matriz (Av. Rio Branco, 1489 – 3º andar área comercial).

Este questionário é parte integrante da proposta de seguro, portanto, declaro que estou ciente e de acordo, conforme o disposto no art. 766 do Código Civil onde “se o SEGURADO, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstância que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia além de ficar obrigado ao prêmio vencido”, informo que tomei conhecimento prévio das Condições Gerais do contrato de seguro.

A cobertura do seguro inicia-se somente após a análise, aceitação do risco e emissão do contrato. Todos os segurados deverão comprovar vínculo de elegibilidade com a estipulante. A Porto Seguro saúde reserva o direito de auditar e/ou solicitar esclarecimentos sobre as informações prestadas neste questionário.

Atenção: Alertamos que, em caso de fechamento, a Seguradora terá 20 (vinte) dias, a contar da data do protocolo, para análise dos documentos apresentados para implantação.

Desta forma, recomendamos que não efetue o cancelamento de eventuais contratos vigentes antes que ocorra a conclusão do processo.

Local e Data

Assinatura do Responsável Pela Empresa Solicitante

Assinatura do Corretor

**PARA MAIS INFORMAÇÕES ENTRE EM CONTATO PELOS TELEFONES (11)
3366-5482 OU 3366-6652**

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: 011 3366.3003 (São Paulo e Grande São Paulo) 3003-9293 (Capitais e Regiões Metropolitanas) 0800.727.2800 (Demais localidades) SAC: 0800.727.2762 (Reclamação, cancelamento e informação) - ouvidoria.saude@portoseguro.com.br 0800.727.8736 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou Canal de Denúncias: 0800 707 0015 acesse: www.portoseguro.com.br