



# QUESTIONÁRIO PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL



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

- VIDA INDIVIDUAL (VI)  
 ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL PLUS (APPLUS)

INÍCIO DA VIGÊNCIA

SEGURO

NOVO  ALTERAÇÃO

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 DO PROPONENTE

NOME DO PROPONENTE \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL  
 CASADO(A)  SOLTEIRO(A)  SEPARADO(A)/DIVORCIADO(A)  UNIÃO ESTÁVEL  VIÚVO(A)

SEXO  M  F CPF \_\_\_\_\_ R.G./R.N.E./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO \_\_\_\_\_

ESTRANGEIRO  SIM  NÃO PAÍS DE ORIGEM \_\_\_\_\_ RESIDENTE NO BRASIL  SIM  NÃO Nº DO PASSAPORTE/PAIS DE EXPEDIÇÃO \_\_\_\_\_ PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE <sup>1</sup>  SIM  NÃO  RELACIONAMENTO PRÓXIMO

REGIME DE TRABALHO  CLT  PROFISSIONAL LIBERAL/AUTÔNOMO PROFISSÃO <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE/ RAMO DE ATIVIDADE, SE HOUVER \_\_\_\_\_ RENDIMENTO <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMERCIAL \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ (DDD) TELEFONE COMERCIAL \_\_\_\_\_ (DDD) TELEFONE CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

OPÇÃO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS  
 VIA INTERNET  VIA CORREIO

DESTINO DA CORRESPONDÊNCIA  
 SEGURADO RESIDÊNCIA  SEGURADO COMERCIAL  CORRETOR

<sup>1</sup>Pessoa Politicamente Exposta (PEP): Pessoa que ocupa ou ocupou, nos últimos 5 anos, cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

<sup>2</sup> Profissão e Rendimento são informações determinantes para a aceitação e limitação do risco pela Seguradora. Caso sejam identificadas divergências, o Segurado perderá o direito às garantias, além de ser responsável pelo pagamento das parcelas pendentes.

## EM CASO DE ACIDENTE COMUNICAR

NOME \_\_\_\_\_ (DDD) TELEFONE \_\_\_\_\_

## BENEFICIÁRIOS

1 NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (1)  SIM  NÃO  RELACIONAMENTO PRÓXIMO

2 NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (1)  SIM  NÃO  RELACIONAMENTO PRÓXIMO

3 NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (1)  SIM  NÃO  RELACIONAMENTO PRÓXIMO

4 NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (1)  SIM  NÃO  RELACIONAMENTO PRÓXIMO

IMPRESSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NO CERTIFICADO DO SEGURO?  SIM  NÃO

## CAPITAIS SEGURADOS - VALORES EM REAIS

MORTE \_\_\_\_\_ MORTE ACIDENTAL \_\_\_\_\_ INVALIDEZ POR ACIDENTE \_\_\_\_\_ ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA \_\_\_\_\_

## COBERTURAS ADICIONAIS

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA\* ASSISTÊNCIA FUNERAL DMH

COM FRANQUIA (10 DIAS PARA ACIDENTES E 10 DIAS PARA DOENÇA)  ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL CAPITAL \_\_\_\_\_  
 COM FRANQUIA REDUZIDA (10 DIAS PARA DOENÇA E 7 DIAS PARA ACIDENTES)  ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (LIMITADO A 10% DO CAPITAL DA COBERTURA BÁSICA)  
 GRUPO A VALOR DA DIÁRIA \_\_\_\_\_  R\$ 5.000,00  R\$ 10.000,00  R\$ 15.000,00  
 GRUPO B

\* Cobertura básica Vida Individual - Morte  
\* Cobertura básica APPLUS - Morte Acidental

MAJORAÇÃO (SOMENTE PARA MÉDICOS, DENTISTAS E VETERINÁRIOS)  
 NÃO OPTANTE  OPTANTE \_\_\_\_\_

DOENÇAS GRAVES\*\*  
 DOENÇAS GRAVES - 6 TIPOS  
 DOENÇAS GRAVES MAIS - 10 TIPOS

## FORMA DE PAGAMENTO

QUEM IRÁ CUSTEAR O SEGURO?  PROPONENTE  OUTROS (ESPECIFIQUE QUEM E O MOTIVO)

TOTAL DE PARCELAS VALOR (R\$) BOLETO BANCÁRIO ADC (AUTORIZ. DÉBITO EM C/C) CARTÃO DE CRÉDITO\*

1  2 À VISTA/1ª PARCELA \_\_\_\_\_  MELHOR DATA: \_\_\_\_\_

3  4 \_\_\_\_\_

5\*  6\* \_\_\_\_\_

11\*\*  12\*\*\* \_\_\_\_\_

