

Número da apólice: _____

Nome completo do segurado proposto: _____

Data de nascimento: dd/mm/aa Quantia de cobertura solicitada: _____

A empresa será a proprietária da apólice.

INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR

Nome da empresa: _____ Número de empregados: _____

Endereço da empresa: _____

_____ Cidade Estado País Código postal

Número de telefone: _____ Correio eletrônico: _____

Página web: _____

Natureza da empresa: _____

Indústria: _____ Setor: _____

Produtos e serviços fornecidos: _____

Data de criação/incorporação: dd/mm/aa

Número da empresa ou outro número de registro, se aplicável: _____

Nome do representante legal: _____

Cargo do representante legal: _____

Faturamento anual, lucro bruto, despesas e lucro líquido dos últimos três exercícios sociais:

ANO	VOLUME ANUAL DE NEGÓCIOS	LUCRO BRUTO	DESPENSAS	LUCRO LÍQUIDO

DETALHES DO PROPOSTO SEGURADO

Profissão e cargo: _____ Data de contratação: dd/mm/aa

Função dentro da empresa: funções e responsabilidades: _____

COBERTURA DE PESSOAS CHAVE

Por favor, forneça as seguintes informações:

Pacote de remuneração total da pessoa-chave (salário e benefícios) nos últimos três exercícios:

ANO	SALÁRIO	BENEFÍCIOS

Por que é considerado essencial para o sucesso da empresa. Inclua detalhes de habilidades, experiência, qualidades, etc. da pessoa-chave que os torna "chave". _____

Como foi calculado o capital segurado da pessoa-chave: _____

Se a cobertura de pessoas-chave tiver sido ou for contratada para outras pessoas;

Caso sim, preencha um formulário para cada um deles **SIM** **NÃO**

Esta é a única solicitação de cobertura de pessoa-chave para o proposto segurado? Caso

NÃO, forneça detalhes de quaisquer outras solicitações enviadas: **SIM** **NÃO**

EMPRESA	VALOR DE COBERTURA	TIPO E PRAZO DA POLÍTICA	RAZÃO DA POLÍTICA

Por favor, liste todas as outras apólices atuais de vida, doença crítica, proteção familiar ou proteção de renda:

EMPRESA	VALOR DE COBERTURA	DATA EFETIVA	TIPO E PRAZO DA APÓLICE	MOTIVO DA COBERTURA

DECLARAÇÃO

Confirmo que as informações contidas neste formulário são verdadeiras e completas, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção, e que não retive qualquer informação que pudesse influenciar a avaliação ou aceitação desta solicitação. Aceito que este questionário faça parte da solicitação de seguro da pessoa-chave e que a omissão de qualquer informação poderá invalidar o contrato.

Assinatura do Representante Legal da empresa: _____

Assinatura do segurado proposto: _____

Data: / /

Enviar este Questionário devidamente preenchido juntamente com os seguintes documentos:

1. Certidão de constituição da empresa.
2. Identificação do representante legal da empresa.
3. Demonstrações contábeis/financeiras da empresa dos últimos 2 anos.
4. Declaração de imposto de renda da empresa dos últimos 2 anos (quando a cobertura de pessoa-chave for de US\$ 500.000 ou mais).
5. Plano de negócios e projeções financeiras
6. Auditoria do negócio por um contador certificado (quando a cobertura for de US\$ 1.000.000 ou superior).
7. Declaração de imposto de renda pessoal da pessoa-chave dos últimos 2 anos (quando a cobertura de um indivíduo for de US\$ 250.000 ou mais).