



- R\$100.000,00     R\$150.000,00     R\$200.000,00     R\$250.000,00
- R\$300.000,00     R\$350.000,00     R\$400.000,00     R\$450.000,00
- R\$500.000,00

**Coberturas Adicionais:**

- HIV/Hepatite?     Sim     Não
- Chefe de Equipe?     Sim     Não
- Cláusula de PJ?     Sim     Não

O Proponente, ao apor sua assinatura neste Questionário, declara que todas as informações aqui apresentadas são a expressão da verdade e que nenhum fato ou acontecimento que se relacione com a sua responsabilidade legal foi omitido. Declara, também, seu compromisso em informar, antes da finalização dos procedimentos para contratação da Apólice, quaisquer alterações nos dados e informações aqui expressas. Declara, ainda, estar ciente que a Cobertura da Apólice é à base de Reclamações com Notificação. Declara, por fim, sua concordância em que este Questionário sirva de base para a análise e aceitação do risco de sua empresa, para fixação do Prêmio da Apólice, e que, emitida a Apólice, este Questionário passe a integrá-la como se a ela pertencesse.

\_\_\_\_\_  
Nome e Cargo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local e Data

