

COTAÇÃO DE SEGURO - VIDA

Nome/Razão social

CPF / CNPJ

Endereço Cep

Email Telefone

Nome	CPF	Data de nascimento	Estado civil	Profissão Pratica esportes radicais?	Peso	Altura	É fumante?	Capital desejado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>

				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Coberturas básicas	Contratar
Morte	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Morte por acidente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Assistência Funeral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Demais coberturas	Contratar
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Permanente por Acidente Majorado (IPAM)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diárias por Internação Hospitalar (DIH)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doenças Graves (DG)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Auxílio Funeral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Segunda Opinião Médica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cesta Básica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não