



SulAmérica Saúde

Data:

Código SIS:

Dados do Corretor

Nome do corretor:

E-mail: Celular:

Supervisor: Nome do Repasse:

Dados do Cliente/Empresa

Razão Social: CNPJ:

Dados do Responsável pela Empresa

Nome: CPF:

E-mail: Celular:

Endereço (Cobrança): CEP:

Débito em conta? Não Sim Banco: Ag: C.C:

Dados do Plano Contratado

Pessoa Jurídica

Pessoa Física

Coparticipação:

Não

Sim

Produto: 557 553 430 Quantos Titulares: Quantos Dependentes:

Tipos de Contratação: Flex Compulsório 100% Segurável 100% Categoria Funcional

Categoria Funcional:

Funcionários

Sócios e Diretores

Estagiário

Menor Aprendiz

Admin. PJ Contratante

Categoria:

Odonto Mais

Odonto Doc

Prestige PME

Faixa Etária:

Até 18

19 a 23

24 a 28

29 a 33

34 a 38

39 a 43

44 a 48

49 a 53

54 a 58

Acima de 59

Qual Idade?

Essa página serve para definir os produtos e demais informações para concluir sua proposta online. Caso precise informar mais de um produto, utilize os campos adicionais. **O Formulário ONLINE** é uma ferramenta de preenchimento rápido que foi desenvolvido para agilizar o processo de implantação.

Documentação Titular:

- RG/CNH;
- CPF;
- Comprovante de endereço recente (Em nome do titular);
- Email (Não permitido e-mail de terceiros ou corporativo. Necessário fácil identificação);
- Documento de elegibilidade (Cartão CNPJ e Contrato Social e FGTS, em caso de funcionário).

Documentação Dependentes:

- RG/CNH;
- CPF;
- Certidão de Casamento;
- Carta de Permanência.

A proposta será gerada com a documentação completa.

Mande-nos um WhatsApp:

Suporte ao Corretor São Paulo

11 3123-3009

Suporte ao Corretor Rio de Janeiro

21 98365-7895

Atendimento Comissões

11 3123-3007

Todos os direitos desse formulário são reservados a Nova Affinity Corretora de Seguros LTDA.