



Saúde

Dental

Conjugado

Data:

Código SIS:

Dados do Corretor

Nome do corretor:

E-mail:

Celular:

Supervisor:

Nome do Repasse:

Dados do Cliente

Razão Social:

CNPJ:

E-mail:

Celular:

Telefone:

Dados do Plano Odonto

Padrão DOC I

Premium Top Mais 5x

Premium Top X: x

Tipo de Adesão:

Opcional

Compulsória

Quantidade de Vidas

Sócio e Diretores:

Sim

Não

Funcionários:

Sim

Não

Adesão Dependentes:

Sim

Não

Adesão Dependentes:

Sim

Não

Adesão Agregados:

Sim

Não

Adesão Agregados:

Sim

Não

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.

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.



Dados do Plano Saúde

Quantidade Titulares

Quantidade Dependentes

Tipo de Adesão: Opcional Compulsória Coparticipação: Sim Não %

Categoria funcional:

Funcionários Sócios e Diretores Estagiário Menor Aprendiz

Trabalhadores Temporários Admin. PJ Contratante

Transferência Bradesco: Não Sim N° da carteirinha: Caso sim, anexar cópia das carteirinhas.

Produto: Ideal I Nacional Nacional Flex Nacional Plus Preferencial Plus

Premium Saúde I + Saúde Efetivo IV Hospitalar

Plano: Padrão DOC I Premium Top Mais 5x Premium Top X: x

Faixa Etária: Até 18 29 a 33 44 a 48 59 a 64 81 +
19 a 23 34 a 38 49 a 53 65 a 74
24 a 28 39 a 43 54 a 58 75 a 80

Produto: Ideal I Nacional Nacional Flex Nacional Plus Preferencial Plus

Premium Saúde I + Saúde Efetivo IV Hospitalar

Plano: Padrão DOC I Premium Top Mais 5x Premium Top X: x

Faixa Etária: Até 18 29 a 33 44 a 48 59 a 64 81 +
19 a 23 34 a 38 49 a 53 65 a 74
24 a 28 39 a 43 54 a 58 75 a 80

Produto: Ideal I Nacional Nacional Flex Nacional Plus Preferencial Plus

Premium Saúde I + Saúde Efetivo IV Hospitalar

Plano: Padrão DOC I Premium Top Mais 5x Premium Top X: x

Faixa Etária: Até 18 29 a 33 44 a 48 59 a 64 81 +
19 a 23 34 a 38 49 a 53 65 a 74
24 a 28 39 a 43 54 a 58 75 a 80

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;
- Fatura técnica ou relatório analítico.

A proposta será gerada com a documentação completa.

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