

### Dados da empresa contratante

Razão Social

CNPJ

### Informações de contrato

Nome do contato do RH na empresa (ponto focal para assuntos de rotina)

E-mail

DDD

Telefone

E-mail para envio de fatura

E-mail do corretor

### Endereço para correspondência (deixe em branco se for o mesmo endereço do CNPJ)

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

CEP

### Dados do corretor e início de vigência

Nome do corretor

Código Allianz

Account

Data prevista para início da vigência

Filial

### Informações para o Termo de Guarda

Representante operacional (responsável por guardar a documentação original da empresa o qual poderá ser solicitado em qualquer tempo pela seguradora)

Nome

CPF

Cargo

Empresa

## Outras informações

1. A empresa teve plano anteriormente?

Sim Não Se sim, qual operadora? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ Valor da última fatura: \_\_\_\_\_

2. A massa apresentada representa a totalidade de funcionários da empresa?

Sim Não Caso não, esclareça: \_\_\_\_\_

3. Existem demitidos e/ou aposentados no grupo?

Sim Não Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ informe no layout o tempo de permanência no plano de saúde e enviar os documentos comprobatórios: rescisão contratual, últimos 3 holerites comprovando contribuição e a cópia da concessão do Benefício do INSS.

4. Existem remidos no grupo:

Sim Não Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ informe no layout e enviar cópia de certidão de óbito.

5. Os planos serão contratados com coparticipação?

Sim Não

6. Os planos serão contributários?

Sim Não Se sim, qual o percentual de contribuição para os funcionários? \_\_\_\_\_

7. Existem prestadores de serviços (PJ) no grupo?

Sim Não Se sim, informe quantos: \_\_\_\_\_

8. Informe abaixo os planos Allianz Saúde escolhidos e a quantidade de vidas por plano:

Planos contratados	Quantidade de vidas

## Distribuição geográfica

Informe a quantidade de vidas do grupo segurável em cada região:

São Paulo: \_\_\_\_\_ Rio de Janeiro: \_\_\_\_\_ Belo Horizonte: \_\_\_\_\_ Outras (quais?): \_\_\_\_\_

## Documentação obrigatória

9. Documentos obrigatórios para implantação:

- Proposta comercial devidamente assinada pelo cliente;
- Cópia da última alteração do Contrato Social/Estatuto Social/Ata de Assembleia de eleição de diretoria e membros do conselho em vigor, atualizado e consolidado, com registro na Junta Comercial ou no Cartório;
- Cópia do cartão CNPJ;
- Cópia da última relação dos trabalhadores ativos constantes do arquivo SEFIP (relação de FGTS-GFIP com recibo de quitação);
- Para PME5 digital, a proposta de inclusão saúde deve ser preenchida e assinada pelo titular e corretor (intermediário);
- Para PME50 e Empresarial, deve apresentar o layout de carga massiva, sinistralidade atualizada, proposta de inclusão saúde para as vidas acima de 59 anos e o termo de movimentação e guarda de documentos;
- Termo de responsabilidade e anuência (para apólices PME50 e Empresarial);
- Cadastro de pessoa jurídica assinado e carimbado;
- Cópia de documentos pessoais para implantação da apólice.
- Relatório médico atualizado para todos os afastados e portadores de patologias crônicas do grupo, informando o estágio atual e o tratamento realizado.

10. Documentos para prestadores de serviços:

- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços com exclusividade e cópia do cartão CNPJ;
- Cópia da última alteração do Contrato Social;

11. Documentos para análise de redução de carências (apenas para PME5):

- Cópia da relação de segurados na operadora anterior;
- Declaração de carências da operadora anterior, para cada segurado;
- Cópia da última fatura quitada na operadora anterior.

Local e data

Assinatura e carimbo do corretor