

### Identificação da pessoa jurídica contratante

Razão Social Atividade principal desenvolvida Previsão para início da vigência CNPJ

### Endereço para correspondência

Logradouro Número Bairro Cidade

Complemento UF Site DDD Telefone

É sucessora de alguma empresa? Sim Não Se sim, qual?

Pertence a algum grupo empresarial? Sim Não Se sim, qual?

Nome(s) da(s) controladora(s) CNPJ

- 1.
- 2.

Nome(s) da(s) controladora(s) CNPJ

- 1.
- 2.

Nome(s) da(s) controladora(s) CNPJ

- 1.
- 2.

### Qualificação dos representantes legais

Nome RG Órgão e data da expedição CPF Nacionalidade

Profissão Cargo Estado Civil Domicílio:

Nome RG Órgão e data da expedição CPF Nacionalidade

Profissão Cargo Estado Civil Domicílio:

Nome RG Órgão e data da expedição CPF Nacionalidade

Profissão Cargo Estado Civil Domicílio:

Nome RG Órgão e data da expedição CPF Nacionalidade

Profissão Cargo Estado Civil Domicílio:

### Informações cadastrais

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

E-mail E-mail para envio de fatura

### Dados do corretor

Nome do corretor E-mail Código Allianz

## Autorização para movimentações eletrônicas de vidas

Ao aceitar a proposta de seguro, o ESTIPULANTE, contratante do Seguro Saúde Coletivo Empresarial investido nos poderes de representação dos Segurados da Apólice perante a Allianz Saúde S.A., através de seu representante legal abaixo qualificado, autoriza o corretor nomeado abaixo assinado ("Corretor Responsável") a efetuar todas as movimentações de vidas da Apólice, aqui entendidas como inclusões, alterações cadastrais e exclusões, respeitadas as previsões das Resoluções Normativas nº 162/2007, 195/2009 e 279/2011, bem como na legislação em vigor e alterações posteriores.

O Estipulante fica obrigado, ainda, a encaminhar toda a documentação necessária para a regular operacionalização da Apólice ao Corretor Responsável, observadas as regras e prazos previstos nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.

## Outras informações

1. A empresa teve plano anteriormente?

Sim Não Se sim, qual?

Por quanto tempo?

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, quantos?

8. Existem vidas residentes fora dos Municípios de SP Capital e Grande São Paulo, RJ e Grande RJ, BH e Grande BH?

Sim Não Se sim, indicar no layout para a disponibilização da Rede complementar (Mediservice).

9. Qual é a forma de emissão? (exclusivo para contratação do PME 50)

Prêmio médio

Prêmio por faixa etária

## Documentação obrigatória

1. 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 atualizada do cartão CNPJ;
- Cópia da última relação dos trabalhadores ativos constantes do arquivo SEFIP (relação de FGTS-GFIP com recibo de quitação), contrato de estágio, cópia de ficha de registro/CTPS para recém admitidos;
- A Proposta de adesão Declaração de Saúde (DPS) deve ser inteiramente preenchida de forma legível pelo proponente titular e assinada pelo titular e pelo Corretor (Intermediário) para todas as inclusões em apólices PME5 e também para maiores de 59 anos de idade e afastados nas propostas PME50 e Empresarial.
- Para PME50 e Empresarial, deve apresentar o layout de carga massiva, sinistralidade atualizada e proposta de inclusão declaração de saúde para as vidas acima de 59 anos e afastados;
- Termo de responsabilidade e anuência (para apólices PME50 e Empresarial);
- Cópia dos documentos de vínculo dos dependentes (certidões de nascimento/casamento e/ou declaração de união estável);
- Relatório médico atualizado para todos os afastados e portadores de patologias crônicas do grupo, informando o estágio atual e o tratamento realizado.

2. Documentos para prestadores de serviços:

- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços com exclusividade e cópia atualizada do cartão CNPJ; Cópia da última alteração do Contrato Social;
- Certificado de Microempreendedor Individual com registro da Junta Comercial.

3. Documentos para análise de redução de carências (apenas para PME5, com até 9 vidas):

- 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.

## Contrato digital

E-mail do responsável pela assinatura do contrato

Local e data

---

Assinatura e carimbo do responsável legal da empresa contratante

---

Assinatura e carimbo do corretor responsável

---

Nome completo do responsável legal

---

Nome completo do corretor responsável