

Cadastro de cliente pessoa jurídica

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 CEP 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 CPF 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.

Informações cadastrais

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 lay-out os dados cadastrais de demitidos e/ou aposentados, o tempo de permanência e envie os documentos comprobatórios: cópia da rescisão contratual, cópias dos 3 últimos holerites comprovando a contribuição e cópia da concessão o do benefício pelo INSS (se aposentado).

4. Existem remidos no grupo:

Sim Não Se sim, qual?

Informe no layout e enviar cópia de certidão de óbito.

5. Os planos serão contratados com coparticipação?

Sim Não Se sim, qual?

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 PME50)

Prêmio médio Prêmio por faixa etária

Informações cadastrais

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 com máximo 30 dias;
- 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 PME e também para maiores de 59 anos de idade e afastados nas propostas PME50 e Empresarial.
- Para PME 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 (a Allianz Saúde encaminhará um e-mail aos titulares que tenham dependentes menores de 18 anos para a coleta do consentimento para uso dos dados pessoais conforme disposto pela LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), desta forma, a informação dos e-mails de cada titular é obrigatória);
- 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;
- Requerimento de Empresário e Declaração de Enquadramento (quando empresa for de categoria ME).

2. Documentos para Prestadores de Serviços:

- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços válido;
- Cópia atualizada do cartão CNPJ com máximo 30 dias.



3. Documentos complementares para MEI (Micro Empreendedor Individual) quando for o estipulante do contrato, além dos documentos descritos no item 1:

- Certificado de Condição do Microempreendedor Individual (CCMEI). Empresa tem que possuir no mínimo 6 meses de existência;
- RG, CPF do proprietário da empresa e comprovante de endereço com o mesmo endereço cadastrado no cartão CNPJ da empresa.

4. Documentos para análise de redução de carências (apenas para PME, 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

Indique os responsáveis para assinatura conforme previsto no Contrato Social da empresa contratante (a Allianz Saúde encaminhará os instrumentos contratuais por e-mail, para coleta de assinatura eletrônica).

Nome do responsável pela assinatura do contrato

E-mail do responsável pela assinatura do contrato

Nome do responsável pela assinatura do contrato

E-mail do responsável pela assinatura do contrato

Informe os dados da testemunha pela empresa que assinará no contrato digital:

Nome

CPF

E-mail

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