



# Formulário Proposta ONLINE Adesão



AllCare  
benefícios

Data: \_\_\_\_\_ Código SIS: \_\_\_\_\_

## Dados do Corretor

Nome do corretor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Caso já seja cadastrado Login: \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

## Dados do Titular

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial:

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

## Plano Contrado

Operadora: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Vigência: \_\_\_\_\_

Plano: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ Entidade: \_\_\_\_\_

Com Coparticipação:

Sim

Não

Com Obstetrícia:

Sim

Não

Acomodação:

Enfermaria

Apartamento

O plano pode ter cobertura LOCAL, ESTADUAL e NACIONAL a escolha deve ser baseada a possibilidade de utilização em relação ao custo

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.

Qualquer dúvida, entre em contato com os especialistas: 11 3123-3000



# Formulário Proposta ONLINE Adesão



## Dados do Dependente

Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		
Nome:	Sexo:		
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	RG:
Grau de Parentesco:	Nome da Mãe:		

No caso de envio, será solicitado uma confirmação de webmail ou programa padrão de email, selecione o modo de sua preferência.



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