



Formulário Proposta ONLINE



Central Nacional
Unimed

Vigência:

Dados do Corretor

Data de Solicitação:

Nome do corretor:

Email do corretor: Celular:

Data de Nascimento: CPF: Cód. Corretora:

Multinotas: Sim Não

Dados da Empresa

Razão Social:

CNPJ: Telefone:

Endereço de correspondência:

Email: Celular:

Responsável pela Empresa: CPF:

Email: Telefone:

Dados do Plano Contratado

Quantos titulares? Quantos Dependentes? Valor Cotação:

Tipo de kit: Impresso Eletrônico

Coparticipação: Sim Não

A proposta será gerada com a documentação completa.

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.



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



Dados cadastrais dos beneficiários

Nome: Plano:

Nascimento: CPF: Estado Civil: Titular Dependente

RG: Peso: Altura: Sexo:

Possui plano anterior? não Sim Nome da Mãe:

Endereço Residencial:

Bairro: Município: Estado: CEP:

Telefone: Email: Grau de Parentesco:

Nome: Plano:

Nascimento: CPF: Estado Civil: Titular Dependente

RG: Peso: Altura: Sexo:

Possui plano anterior? não Sim Nome da Mãe:

Endereço Residencial:

Bairro: Município: Estado: CEP:

Telefone: Email: Grau de Parentesco:

Nome: Plano:

Nascimento: CPF: Estado Civil: Titular Dependente

RG: Peso: Altura: Sexo:

Possui plano anterior? não Sim Nome da Mãe:

Endereço Residencial:

Bairro: Município: Estado: CEP:

Telefone: Email: Grau de Parentesco:

Nome: Plano:

Nascimento: CPF: Estado Civil: Titular Dependente

RG: Peso: Altura: Sexo:

Possui plano anterior? não Sim Nome da Mãe:

Endereço Residencial:

Bairro: Município: Estado: CEP:

Telefone: Email: Grau de Parentesco:



Dados cadastrais dos beneficiários

Nome:		Plano:	
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	Titular Dependente
RG:	Peso:	Altura:	Sexo:
Possui plano anterior?	não Sim	Nome da Mãe:	
Endereço Residencial:			
Bairro:	Município:	Estado:	CEP:
Telefone:	Email:	Grau de Parentesco:	
Nome:		Plano:	
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	Titular Dependente
RG:	Peso:	Altura:	Sexo:
Possui plano anterior?	não Sim	Nome da Mãe:	
Endereço Residencial:			
Bairro:	Município:	Estado:	CEP:
Telefone:	Email:	Grau de Parentesco:	
Nome:		Plano:	
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	Titular Dependente
RG:	Peso:	Altura:	Sexo:
Possui plano anterior?	não Sim	Nome da Mãe:	
Endereço Residencial:			
Bairro:	Município:	Estado:	CEP:
Telefone:	Email:	Grau de Parentesco:	
Nome:		Plano:	
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:	Titular Dependente
RG:	Peso:	Altura:	Sexo:
Possui plano anterior?	não Sim	Nome da Mãe:	
Endereço Residencial:			
Bairro:	Município:	Estado:	CEP:
Telefone:	Email:	Grau de Parentesco:	

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**

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