



Omint SAÚDE

Data:

Vigência:

Dados do Corretor

Código SIS:

Nome do corretor: CPF:

Email do corretor: Celular:

Dados do Cliente

Razão Social:

CNPJ: Telefone:

Email: Celular:

NOME DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA:

Obs.: enviar em anexo, todos os documentos da empresa e dos beneficiários: RG, CPF, comprovante de residência de todos que vão aderir.

Dados da testemunha

Nome: RG:

Email:

Dados do Plano Contratado

Categoria: Titulares Dependentes

Faixa Etária: 00-18 19-23 24-28 29-33 34-38 39-43

44-48 49-53 54-58 Acima 59. Qual Idade?:

Compra de carência, PME, PF ou Adesão? Sim Não

Plano Hospitalar Plano Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia

Com Coparticipação Sem Coparticipação.

ATENÇÃO: 1 EMAIL PARA CADA TITULAR E PARA CADA DEPENDENTE MAIOR DE 18 ANOS.

Essa página serve para definir os produtos e demais informações para concluir sua proposta online. 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**

Mande-nos um WhatsApp:

Suporte ao Corretor São Paulo

11 3123-3009

Suporte ao Corretor Rio de Janeiro

21 98365-7895

Atendimento Comissões

11 3123-3007

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



Dados Cadastrais dos Beneficiários

Nome Titular/Dependente:

Data de Nascimento: Sexo: Estado Civil:

CPF: RG: Órgão Expeditor: Data Expedição:

Nome da Mãe:

Telefone: Email:

Grau de Parentesco: Data do Casamento:

Data Admissão: Cargo:

CEP: Logradouro: N°:

Bairro: Cidade: Estado:

Nome Titular/Dependente:

Data de Nascimento: Sexo: Estado Civil:

CPF: RG: Órgão Expeditor: Data Expedição:

Nome da Mãe:

Telefone: Email:

Grau de Parentesco: Data do Casamento:

Data Admissão: Cargo:

CEP: Logradouro: N°:

Bairro: Cidade: Estado:

Nome Titular/Dependente:

Data de Nascimento: Sexo: Estado Civil:

CPF: RG: Órgão Expeditor: Data Expedição:

Nome da Mãe:

Telefone: Email:

Grau de Parentesco: Data do Casamento:

Data Admissão: Cargo:

CEP: Logradouro: N°:

Bairro: Cidade: Estado:

Mande-nos um WhatsApp:

Suporte ao Corretor São Paulo

11 3123-3009

Suporte ao Corretor Rio de Janeiro

21 98365-7895

Atendimento Comissões

11 3123-3007

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