

Assinalar somente uma opção

() Estipulante () Subestipulante
() Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia () Hospitalar com Obstetrícia

Contrato nº 0
Nº do Estudo

Informações Cadastrais

01-Razão Social

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade	04-CNPJ	DV	05-Inscrição Estadual	06-Inscrição Municipal
07-Endereço	08-Número	09-Complemento	10-Município	
11-Bairro	12-CEP	13-UF	14-DDD-Fone ()	15-DDD-Fax ()
16-Endereço de Cobrança	17-Número	18-Complemento	19-Município	
20-Bairro	21-CEP	22-UF	23-DDD-Fone ()	24-DDD-Fax ()

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato	27-Telefone do Responsável/Contato ()	28-E-mail do Responsável/Contato
---------------------------------	---	----------------------------------

Opções de Contratação

29 – Grupo Segurável

☐ Sócios ☐ Administradores/Diretores ☐ Funcionários ☐ Estagiários ☐ Aprendizes ☐ Demitidos/Aposentados ☐ Dependentes

30-Grupo Segurado ☐ 100 a 499 ☐ Acima de 500	31-Total de Ativos	32-Coparticipação %	33-Total de Demitidos e Aposentados
---	--------------------	------------------------	-------------------------------------

34-Cobrança ao demitido/ aposentado direto pela Seguradora ☐ Sim ☐ Não 35-Remissão ☐ Sim ☐ Não

36-Classificação dos cartões de identificação

☐ Empresa/ Local/ Matrícula ☐ Empresa/ Local/ Setor/ Nome
☐ Empresa/ Local/ Nome ☐ Empresa/ Setor/ Matrícula
☐ Empresa/ Local/ Setor/ Matrícula

37-Termo de Aceitação do MECSAS

☐ Não
☐ Sim: Inst. Corretora e-mail:
☐ Sim: Inst. Empresa e-mail:

38-Emissão da Fatura ☐ Papel ☐ Internet

39-Mês e ano de vigência da Subestipulante (exclusivo para subestipulante) selecione o mês / 0

40 – Ordem de relação de Segurados na Fatura

☐ Matrícula ☐ Alfabética
☐ Setor / Plano / Matrícula ☐ Setor / Matrícula / Plano
☐ Local / Setor / Nome ☐ Local / Setor / Plano / Matrícula

41 – Dia de início vigência (exclusivo para Estipulante)

☐ Dia 01 - Vencimento do prêmio dia 05
☐ Dia 10 - Vencimento do prêmio dia 25
☐ Dia 20 - Vencimento do prêmio dia 05

Informações sobre o Corretor

42 – Estrutura de Venda/Grade	43 – Estrutura de Apoio	44 – Ação de Apoio	45 – UOP	46-Agência Contratante (se houver)	47 - Nome do(a) Corretor(a)
48 - Código SUSEP	49 – DDD-Fone ()	50 – E-mail	51-Pró-Labore %	52-Agenciaento %	53-Corretagem %

Uso Exclusivo da Operadora

54-Cód. Empresa	55-Apólice/Desdobramento	56-Sucursal	57-USR Reembolso	58-Início de Vigência
Local e Data	Assinatura do Representante da Estipulante sob Carimbo	Assinatura do Representante da Subestipulante sob Carimbo (quando contratação de subestipulante)	Assinatura do Corretor sob Carimbo	

Quadro de Planos

Os planos estão registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, assinale com um "X" uma ou mais opções disponíveis. (*) Uso Exclusivo da Operadora

Planos - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia **Com Coparticipação**

Assinale	Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS	Acomodação Hospitalar	Cód. Oper.*
☐	Prestige	Prestige Empresarial/PME AHO QP COP	469529131	Apartamento	
☐	Executivo	Executivo Empresarial/PME AHO QP COP	469530135	Apartamento	
☐	Especial 100	Especial 100 Empresarial/PME AHO QP COP	469531133	Apartamento	
☐	Clássico	Clássico Empresarial/PME AHO QP COP	469532131	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME AHO QP COP	469533130	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME AHO QC COP	469534138	Quarto Coletivo	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME AHO QP COP	469535136	Apartamento	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME AHO QC COP	469536134	Quarto Coletivo	

Planos - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia **Sem Coparticipação**

Assinale	Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS	Acomodação Hospitalar	Cód. Oper.*
☐	Prestige	Prestige Empresarial/PME AHO QP	469537132	Apartamento	
☐	Executivo	Executivo Empresarial/PME AHO QP	469538131	Apartamento	
☐	Especial 100	Especial 100 Empresarial/PME AHO QP	469514133	Apartamento	
☐	Clássico	Clássico Empresarial/PME AHO QP	469513135	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME AHO QP	469512137	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME AHO QC	469511139	Quarto Coletivo	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME AHO QP	469510131	Apartamento	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME AHO QC	469509137	Quarto Coletivo	

Plano – Referência (Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia) **Sem Coparticipação**

Assinale	Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS	Acomodação Hospitalar	Cód. Oper.*
☐	Referência	Referência Empresarial/PME REF QC	469369138	Quarto Coletivo	

Planos - Hospitalar com Obstetrícia **Com Coparticipação**

Assinale	Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS	Acomodação Hospitalar	Cód. Oper.*
☐	Prestige	Prestige Empresarial/PME HO QP COP	469507131	Apartamento	
☐	Executivo	Executivo Empresarial/PME HO QP COP	469508139	Apartamento	
☐	Especial 100	Especial 100 Empresarial/PME HO QP COP	469515131	Apartamento	
☐	Clássico	Clássico Empresarial/PME HO QP COP	469516130	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME HO QP COP	469517138	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME HO QC COP	469518136	Quarto Coletivo	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME HO QP COP	469519134	Apartamento	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME HO QC COP	469520138	Quarto Coletivo	

Planos - Hospitalar com Obstetrícia **Sem Coparticipação**

Assinale	Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS	Acomodação Hospitalar	Cód. Oper.*
☐	Prestige	Prestige Empresarial/PME HO QP	469521136	Apartamento	
☐	Executivo	Executivo Empresarial/PME HO QP	469522134	Apartamento	
☐	Especial 100	Especial 100 Empresarial/PME HO QP	469523132	Apartamento	
☐	Clássico	Clássico Empresarial/PME HO QP	469524131	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME HO QP	469525139	Apartamento	
☐	Básico 10	Básico 10 Empresarial/PME HO QC	469526137	Quarto Coletivo	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME HO QP	469527135	Apartamento	
☐	Exato	Exato Empresarial/PME HO QC	469528133	Quarto Coletivo	

Declarações do Estipulante/Subestipulante e Corretor Nomeado

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê:
“Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido”;
2. Temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro Saúde ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. Em caso de cancelamento antes do término do período inicial de vigência, conforme descrito nas Condições Gerais, o valor cobrado a título de mensalidade complementar não incidirá carregamento comercial;
4. A SulAmérica entregou, por meio eletrônico, o Manual de Orientação para a Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
5. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais do Seguro, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura;
6. Quando inclusão de Subestipulante ora solicitada, será processada após análise dos documentos que comprovem a sub estipulação, de acordo com as previsões legais do órgão regulador ANS, bem como, pelas condições editadas pela operadora na aceitação de um novo Subestipulante. Pela falta de documentos que comprovem a sub estipulação o processo poderá ser devolvido.

Local e Data	Assinatura do Representante da Estipulante sob Carimbo	Assinatura do Representante da Subestipulante sob Carimbo (quando inclusão de subestipulante)	Assinatura do Corretor sob Carimbo
--------------	--	---	------------------------------------

Dados do Responsável pela Empresa Estipulante (signatário)

Nome:	RG: . . . -	CPF: . . . -	Cargo:
-------	-------------	--------------	--------

Dados do Responsável pela Empresa Subestipulante (signatário) – Preencher somente quando contratação de subestipulante

Nome:	RG: . . . -	CPF: . . . -	Cargo:
-------	-------------	--------------	--------

Declaração do Estipulante/Subestipulante - Plano Referência

Declaramos que foi oferecida a contratação do Plano Referência (Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia), conforme instituído pela Lei nº 9656/98. O Plano está registrado na ANS sob o nº 463668116 e nome Referência Empresarial/PME Trad.10 REF QC, conforme demonstrado no quadro de planos desta proposta de seguro.

Declaramos ainda que não optamos por este plano Referência e que os planos escolhidos estão assinalados no quadro de planos.

Declaração em uma única via - Via da Seguradora			
Local e Data	Assinatura do Representante da Estipulante sob Carimbo	Assinatura do Representante da Subestipulante sob Carimbo (quando inclusão de subestipulante)	Assinatura do Corretor sob Carimbo