

# 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 488/2022, 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;
- Para o PME (3 a 49 vidas) a Proposta de Contratação Saúde (DPS) será enviada automaticamente após o Pré Cadastro;
- Para PME50 e Empresarial, deve apresentar o layout de carga massiva, sinistralidade atualizada e Proposta de Contratação Allianz 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);
- Para o PME (3 a 49 vidas), cópia dos documentos dos titulares e de vínculo dos dependentes (certidões de nascimento/casamento e/ou declaração de união estável) e comprovante de residência;
- 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