



 Allianz Saúde
PME
100%
digital

PME Digital

Movimentação de vidas (Ramo 202)

SUMÁRIO

1.	INCLUINDO TITULARES.....	4
1.1.	REALIZANDO ENDOSSO NO ALLIANZNET	4
1.2.	TITULAR PREECHENDO A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ELETRÔNICA	12
2.	INCLUINDO DEPENDENTES	17
2.1.	COMO LOCALIZAR O ITEM DE UM GRUPO FAMILIAR	17
2.2.	REALIZANDO ENDOSSO NO ALLIANZNET	19
2.3.	TITULAR PREECHENDO A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ELETRÔNICA DE SEUS DEPENDENTES	27
3.	SOLICITANDO EXCLUSÃO DE TITULARES OU DEPENDENTES.....	31
3.1.	COMO LOCALIZAR O ITEM DE UM GRUPO FAMILIAR E INDEXAR O FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO	31
3.2.	REALIZANDO ENDOSSO DE EXCLUSÃO NO ALLIANZNET	35
4.	SOLICITANDO EXTENSÃO DE SEGURADOS	43
5.	DEMAIS ALTERAÇÕES	43
5.1.	COMO LOCALIZAR O ITEM DE UM GRUPO FAMILIAR E INDEXAR O FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO	43
5.2.	REALIZANDO ENDOSSO DE ALTERAÇÃO NO ALLIANZNET	47
5.2.1.	ALTERAÇÃO DE PLANO	49
5.2.2.	ALTERAÇÃO DE SUBESTIPULANTE.....	51
5.2.3.	INCLUSÃO DE REDE MEDISERVICE.....	53
5.2.4.	ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (TITULARES E DEPENDENTES).....	55
5.2.5.	ALTERAR DADOS BANCÁRIOS	58
6.	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	60
6.1.	RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	60
6.1.1.	INCLUSÕES DE FUNCIONÁRIOS CLTs	60
6.1.2.	INCLUSÕES DE ESTAGIÁRIOS E APRENDIZES.....	60
6.1.3.	INCLUSÕES DE SÓCIOS/ADMINISTRADORES	60
6.1.4.	INCLUSÕES DE PRESTADORES DE SERVIÇOS.....	60
6.1.5.	INCLUSÃO DE DEPENDENTES	60
6.1.6.	ALTERAÇÃO DE PLANO	61
6.1.7.	EXCLUSÕES DE TITULARES E DEPENDENTES.....	61
6.1.8.	DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA OS CASOS DE EXTENSÃO	61
6.1.9.	ALTERAÇÕES NO PME (RAMO 202).....	62
6.2.	ORIENTAÇÕES GERAIS	62

6.2.1. LISTA DE NOTAS/IMAGENS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA INDEXAÇÃO DOS DOCUMENTOS.....	62
6.2.2. PRAZO DE ANÁLISE	62
6.2.3. INICIO DE VIGÊNCIA - ORIENTAÇÕES	62
6.2.4. CRÍTICAS QUE PODEM SER GERADAS DURANTE O PROCESSO	63

1. INCLUINDO TITULARES

1.1. REALIZANDO ENDOSSO NO ALLIANZNET

Dentro do Allianznet seleccione **Vendas -> Endossos -> Endosso**

Allianz

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECCHIO RODRIGUES ▾

Tempo sessão: 09:30
Último acesso:
23/09/2022 14:18:31

CORRETORA DE SEGUROS L... ▾

Vendas Consultas Gestão

Cotações ▾ Endossos ^ Gestão Renovações

Endosso
Cancelamento

O QUE VC PEDIU! SOBRE a nova abordagem de **sinistros Allianz Auto?** **VEJA AQUI O PASSO A PASSO COMPLETO!**

Allianz Seguros S.A., CNPJ: 61.573.796/0001-66, Rua Eugênio de Medeiros nº 303, ands. 1-parte, 2 ao 9, 15 e 16, Pinheiros, São Paulo - CEP: 05425-000. Processo SUSEP nº 15414.002216/2004-57. Consulte as Condições Gerais, assim como os planos de assistência 24h, serviços e abrangência do seguro no site www.allianz.com.br. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. Linha Direta Allianz Seguros 4090 1110 (Capitais e Regiões Metropolitanas), 0800 777 7243 (demais regiões). Ouvidoria Allianz Seguros 0800 771 3313. Atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, 0800 121 239, de 2ª à 6ª, das 8h00 as 20h00 e sábado das 8h00 as 14h00. | A Allianz Seguros respeita a sua privacidade e é contra o spam na rede. Para mais informações, acesse a Política de Privacidade de Dados da Allianz, disponível em: www.allianz.com.br/politica-de-privacidade. Se você não deseja mais receber nossos e-mails, cancele sua inscrição [aqui](#).

Alertas (0) ▾ **Novidades (0)** ▾

Informe o número da apólice ou proposta e clique em **Selecionar**

Allianz

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECC... ▾

Tempo sessão: 28:43
Último acesso:
23/09/2022 14:18:31

CORRETORA DE S... ▾

Vendas Consultas Gestão

Pesquisar ...

NOVA COTAÇÃO

Início > **Apólice**

ALTERAÇÃO DE APÓLICE

✕ APÓLICE			
Apólice	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>
Proposta	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>

Brasil 2022 WM | Topo ▲

Agora clique em Aceitar!

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECCHIO RO... ▼

Tempo sessão 110% - + Redefinir

Último acesso: 23/09/2022 14:18:31

Vendas Consultas Gestão
★

Pesquisar ... 🔍 ⓘ

NOVA COTAÇÃO

Início > Apólice

ALTERAÇÃO DE APÓLICE 🌐 📄 🏠

APÓLICE

Apólice	0515—2007—95—87—9809599	Item	<input type="text"/>
Proposta	20002666	Item	<input type="text"/>

> Limpar

OPERATIVAS

Operativas Emitir aplicação/Item ▼

> Aceitar

Brasil 2022 WM | Topo ▲

Na tela de Dados Básicos, clique em Avançar!

Pesquisar ...

NOVA COTAÇÃO

Início > **Tren**

Dados Básicos 🏠

Proposta/Item ▼

Dados do Contratante ▼

D. Gerais ▼

Atores Envolvidos ▲

CNPJ do Estipulante

13613074000145

Nome do Estipulante

DANIEL DE LIMA GONÇALVES

Avançar ▶

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Para adicionar o Titular clique em **Adicionar Segurado**

Vendas Consultas Gestão ★

Pesquisar ... NOVA COTAÇÃO

Início > Tren

Dados Básicos 🏠

Proposta/Item ▼

Listagem de pessoas seguradas ▲

⌵ No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento	◀	▶
-------	----------	------------	------	-----------------	-------	---	---

Voltar Avançar Adicionar Segurado

Voltar Avançar

https://www.br.intrallianz.com/drtf25/main/control.do#body_cabecera > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Preencha os dados do titular e, em seguida, clique em **Aceitar!**

Pesquisar ... NOVA COTAÇÃO

Início > Tren

Dados Básicos 🏠

Proposta/Item ▼

Informações Segurado ▲

CPF/CNPJ

Doc. Alternativa

Menor

Nome

Sexo

Data de Nascimento

Pesquisar Abandonar Aceitar

Listagem de pessoas seguradas ▲

⌵ No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento	◀	▶
-------	----------	------------	------	-----------------	-------	---	---

Voltar Avançar Adicionar Segurado

Na tela Dados do Segurado, preencha os campos indicados com asterisco e em seguida clique em **Avançar!**

Pesquisar ...

Início > Tren

Dados Básicos

DADOS DO SEGURADO

CPF 71398038032	Nome * TESTE TESTE	Data de Nascimento * 23/06/1988	Parentesco * Titular	Data de Casamento dd/mm/yyyy	Sexo <input checked="" type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Cartão Nacional de Saúde *	Subestipulante * Selecione	Plano * Selecione	Data Início de Vigência * dd/mm/yyyy		
Data de Admissão na Empresa * dd/mm/yyyy	Centro de Custo	RE de Funcionário	Cargo	Departamento	Tem Plano Anterior?
Portabilidade de Carências	Nº Protocolo RN438				

REDES MÉDICAS

Avançar

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Na seção Dados de continuidade, os campos não são de preenchimento obrigatório, então você poderá ou não preenchê-los e em seguida clicar em **Aceitar**.

Pesquisar ...

Início > Tren

Dados Básicos

DADOS CONTINUIDADE

Apólice anterior	Companhia Seguradora Selecione	Data Início DD/MM/YYYY	Data Fim DD/MM/YYYY	<input type="checkbox"/> Bebê nascido na apólice
------------------	-----------------------------------	---------------------------	------------------------	--

Voltar **Aceitar**

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Esta é uma tela informativa. Ela mostra a existência de eventuais carências. Para seguir clique em **Aceitar**.

Início > Tren

Dados Básicos


PERÍODO DE CARÊNCIA POR COBERTURA/SUBCOBERTURA

Cód. Cobert.	Des. Cobertura	Cód. Subcob.	Des. Subcobertura	Per. de carência (dias)
1	Ambulatorial	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
1	Ambulatorial	2	EXAMES BÁSICOS	30
1	Ambulatorial	3	EXAMES ESPECIAIS	90
1	Ambulatorial	7	TERAPIAS	180
1	Ambulatorial	9	CONSULTAS ELETIVA	30
1	Ambulatorial	10	ATENDIMENTOS AMBULATORIAS	180
1	Ambulatorial	13	IMUNIZAÇÕES	180
1	Ambulatorial	17	HOSPITALIZACAO CIRURGICA	180
2	Hospitalar	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
2	Hospitalar	2	EXAMES BÁSICOS	30
2	Hospitalar	3	EXAMES ESPECIAIS	90
2	Hospitalar	7	TERAPIAS	180
2	Hospitalar	12	DIÁRIAS	180
2	Hospitalar	17	HOSPITALIZAÇÃO CIRÚRGICA	180
2	Hospitalar	18	HOSPITALIZAÇÃO OBSTÉTRICA	300
2	Hospitalar	19	hospitalização domiciliar	180
2	Hospitalar	20	VISITAS / PLANTÕES	180
2	Hospitalar	21	HOSPITALIZAÇÃO CLINICA	180
2	Hospitalar	33	HOSPITALIZAÇÃO PEDIATRICA	180
2	Hospitalar	34	HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIATRICA	180
3	Obstétrica	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
3	Obstétrica	18	HOSPITALIZAÇÃO OBSTÉTRICA	300
3	Obstétrica	21	HOSPITALIZAÇÃO CLINICA	180

Voltar

Aceitar

Na tela de Clientes você deve completar o preenchimento das informações do Titular e em seguida clique em **Avançar!**

Dados Básicos


Proposta/Item
Dados Pessoais do Segurado

CNPJ / CPF

71398038032

Doc. Alternativa

Data Expedição

Órgão Emissor

dd/mm/yyyy



Nome Sobrenome1 Sobrenome2, Nome

TESTE TESTE

D. Nascimento

23/06/1988



Tipo de Cliente

Pessoa Física

Dados de Contato

Dados de Contato 

Endereço

Endereço

Número

Complemento

CEP

Bairro



Cidade


Estado

C.P. /Designação

DDD/Tif. Residencial

Celular

E-mail

Dados Socioeconômicos e Sociodemográficos 

Sexo

Estado Civil

Profissão

Isenção IOF

Nome da Mãe

Renda Mensal

Voltar Avançar 

Brasil 2022

[> lg](#) | [> md](#) | [> sm](#) | [> xs](#) | [> Desktop](#) | [> Imprimir](#) | [> Topo](#)

Após incluir o titular, os dados serão listados na seção Listagem de Pessoas Seguradas.

Caso queira incluir dependentes, clique em **Adicionar Segurado**. As telas e os campos de inclusão de dependentes são exatamente iguais as de inclusão de titular.

Após incluir o Titular e seus dependentes, clique em **Avançar**.

Vendas Consultas Gestão ★

Pesquisar ... Q i NOVA COTAÇÃO

Início > Tren

Dados Básicos 🏠

Proposta/Item ▼

Listagem de pessoas seguradas ▲

No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	71398038032	Titular	F	23/06/1988			

Voltar >
Avançar >
Adicionar Segurado >

< Voltar
Avançar >

Na tela de emissão, você deve informar os dados bancários do Titular, clicar em **Confirmar** e em seguida clicar em **Avançar**.

Início > Tren

Dados Básicos Emissão 🏠

Proposta/Item ▼

Dados Gerais ▲

CPF/CNPJ Estipulante

Dados Bancários ▲

CC Reembolso

Titular

Núm. Identificação
 Nome do Titular

Doc. Alternativa

Tipo de Conta

Banco / Agência / DCO

N. de Conta/DCC

Edição
Confirme

Documentação ▼

Voltar
Avançar

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Na tela de confirmação de emissão, você tem a opção de incluir observações ou comentários e em seguida clique em **Avançar**.

Início > Tren

Dados Básicos | Emissão

Proposta/Item

Atenção

A proposta sujeita a aceitação. Para emissão da proposta clique em **Avançar**

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
603	Entrega física dos documentos obrigatórios para contratação
613	Aguardando Retorno da DPS.
601	Indexar documentação obrigatória

Auto Bloqueio

AutoBloqueio

Comentários do corretor

[Voltar](#) [Avançar](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Pronto, endosso de inclusão de titular realizado!

Vendas Consultas Gestão

Pesquisar ... [NOVA COTAÇÃO](#)

Início > Tren

Proposta/Item

Pedido pendente de aceitação

A Proposta 20002666 / 193 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
601	Indexar documentação obrigatória
603	Documentação de vínculo
613	Aguardando Retorno da DPS

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Endosso permanecerá bloqueado e o titular receberá um e-mail com o link da Proposta de Contratação e terá 20 dias para preenchê-la e assiná-la.

Durante esse intervalo, você será notificado por e-mail sobre as etapas de preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação Allianz.

Após o prazo de 20 dias, se a Proposta de Contratação não for preenchida e assinada, o processo será recusado automaticamente, sendo necessário reiniciar a solicitação.

1.2. TITULAR PREENCHENDO A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ELETRÔNICA

Abaixo, seguem as orientações de como o titular deve realizar o preenchimento da proposta de contratação e indexar os documentos.

O titular deverá acessar o link no e-mail que é enviado automaticamente, logo após o processo de emissão de proposta.



The image shows an email template from Allianz Saúde. At the top left is the Allianz logo, and at the top right is the text 'ALLIANZ SAÚDE' and a small box containing 'ANS - Nº 00051-6'. The main body of the email starts with a greeting: 'Olá, MARIZETE SILVA'. Below this, it states: 'Você foi cadastrado como proponente em uma apólice do Produto Allianz Saúde.' and 'Preencha no link abaixo a sua Proposta de Contratação Allianz Saúde e de seus dependentes, se houver.' A prominent blue button with white text says 'CLIQUE AQUI E PREENCHA!'. Below the button is a light blue box with a warning icon and the text: 'Atenção: durante o preenchimento da sua Proposta de Contratação Allianz Saúde, poderão ser solicitados alguns documentos.' At the bottom, it says 'Em caso de dúvidas, fale com o RH ou seu corretor.'

Ao clicar no link, titular será direcionado para a tela de acesso da proposta de contratação. Aqui, ele deve preencher seu CPF.

O titular deverá preencher os campos peso e altura, tanto para ele mesmo, quanto para os seus dependentes.


PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ALLIANZ SAÚDE
1. Dados Cadastrais
2. Carta de Orientação ao Beneficiário (ANS)
3. Informações Declaração de Saúde

 Olá **FERNANDO PRADO VAZ**.

Obrigado por escolher o Allianz Saúde. Aqui, vamos pedir para você preencher os seus dados pessoais e também dos seus dependentes (quando houver), além de responder a DPS (Declaração Pessoal de Saúde). Preencha com cuidado e, assim que concluir, verifique se todos os dados informados estão corretos. Se a sua empresa já é segurada Allianz Saúde, você precisará responder apenas a DPS (Declaração Pessoal de Saúde), pois os seus dados cadastrais já terão sido informados pelo RH/Corretor.

Todos os campos indicados com símbolo asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. Caso o proponente indique dependentes menores de 18 (dezoito) anos que não possuam CPF, deve deixar o campo em branco. Orientação sobre o Cartão Nacional de Saúde (CNS): Você pode consultar o número do CNS na carteirinha do plano anterior; no cartão do SUS ou no APP ConectSUS.

Em caso de dúvidas, consulte o RH da sua empresa ou seu corretor.

DADOS DO TITULAR

Estipulante *	Subestipulante *	Nº Proposta/Apólice *	Data de Início do Seguro *
DANIEL DE LIMA GONÇALVES	RICOM FILIAL MANAUS	20002656	01/09/2022
Nome do Titular *	CPF *	Parentesco *	Plano
FERNANDO PRADO VAZ	26921685853	TITULAR	0006-EXCELLENCE 10 PME-0010
Nº do cartão de saúde (CNS)	070410064387985		
Tipo de Vínculo com a Empresa *	Data de Admissão *	Cargo	Departamento
1- CLT/ATIVO	01/10/2022		
Registro Empregado	Centro de Custo		
Portabilidade de Carências?	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Tem Plano Anterior?	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
RG/RNE	Orgão Expedidor	Data de Expedição	Data de Nascimento *
		DD/MM/YYYY	01/10/1981
Estado Civil *	Sexo *		
Divorciado(a)	Masculino		
Nome da Mãe *	E-mail *	Peso (Kg) *	Altura (m) *
ANA MARIA FERREIRA	MARICELIA.LOPES@ALLIANZ.COM.BR		
CEP *	Endereço *	Número *	Complemento
03103001	R. DA MOOCA	1	
Bairro *	Cidade *	UF *	Telefone Celular *
MOOCA	SÃO PAULO	SP	+5511981022090
Telefone Alternativo	55 11981022090		

DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO (Obrigatório informar a Conta Corrente do titular)

Banco	Nº Agência	Dígito	Nº Conta Corrente	Dígito
Selecione				

DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO (Obrigatório informar a Conta Corrente do titular)

Banco	Nº Agência	Dígito	Nº Conta Corrente	Dígito
Selecione				

DADOS DOS DEPENDENTES
 Não tem dependentes

[+ Adicionar Dependentes](#)
Dependente 1

CPF	Nome *	Parentesco *	Data de Nascimento *	Idade *	Sexo *	Estado Civil *
	LUIZ OTAVIO SUDRE	Filho(a)	01/09/2022	0	Masculino	Vivo(a)
RG/RNE	Nome da Mãe *	Nº do cartão de saúde (CNS)	Nº Declaração de Nascimento Vivo	Peso (Kg) *	Altura (m) *	Data de Início do Seguro *
	ANA MARIA FERREIRA	070320568856119				01/09/2022
Portabilidade de Carências?	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Nº do protocolo RN 438				

[Excluir Dependente](#)

CPF *	Nome *	Parentesco *	Data de Nascimento *	Idade *	Sexo *	Estado Civil *	
<input type="text" value="01474548830"/>	<input type="text" value="SANDRA REGINA GARONE"/>	<input type="text" value="Companhe"/>	<input type="text" value="15/08/1970"/>	<input type="text" value="52"/>	<input type="text" value="Feminino"/>	<input type="text" value="Solteiro(a)"/>	
RG/RNE *	Nome da Mãe *	Nº do cartão de saúde (CNS)	Nº Declaração de Nascido Vivo		Peso (Kg) *	Altura (m) *	Data de Início do Seguro *
<input type="text"/>	<input type="text" value="ANA MARIA FERREIRA"/>	<input type="text" value="070320568856119"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="01/09/2022"/>
Portabilidade de Carências?	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Nº do protocolo RN 438	<input type="text"/>		Obrigatório.	Obrigatório.	
Excluir Dependente							

Dependente 3							
CPF	Nome *	Parentesco *	Data de Nascimento *	Idade *	Sexo *	Estado Civil *	
<input type="text"/>	<input type="text" value="LINCOLN SODRE"/>	<input type="text" value="Filho(a)"/>	<input type="text" value="01/09/2020"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="Masculino"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	
RG/RNE	Nome da Mãe *	Nº do cartão de saúde (CNS)	Nº Declaração de Nascido Vivo		Peso (Kg) *	Altura (m) *	Data de Início do Seguro *
<input type="text"/>	<input type="text" value="JOANA"/>	<input type="text" value="070320568856119"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="01/09/2022"/>
Portabilidade de Carências?	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Nº do protocolo RN 438	<input type="text"/>		Obrigatório.	Obrigatório.	
Excluir Dependente							

Avançar

Na tela 2. Carta de Orientação ao Beneficiário, o titular deverá ler a carta de orientação ao beneficiário, feito isso, basta clicar em **Avançar**.

1. Dados Cadastrais

2. Carta de Orientação ao Beneficiário (ANS)

3. Informações Declaração de Saúde

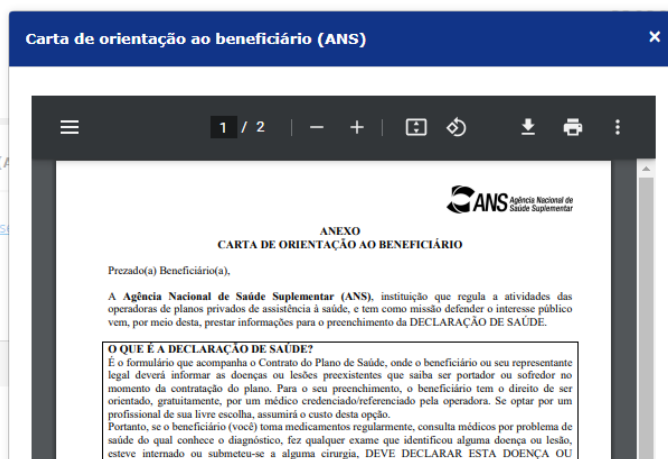
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO (ANS)
[Leia a carta de orientação ao beneficiário e em seguida clique no botão avançar](#)

< Voltar
Avançar >

1. Dados Cadastrais

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO (ANS)
[Leia a carta de orientação ao beneficiário e em seguida clique no botão avançar](#)

Brasil 2022



3. Informações Declaração de Saúde

< Voltar
Avançar >

[> sm](#) | [> xs](#) | [> Desktop](#) | [> Imprimir](#) | [> Topo](#)

INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Ao preencher a Declaração Pessoal de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Allianz Saúde. Caso o proponente opte por ser orientado por um médico de sua livre escolha, as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.

Preenchido pelo proponente Preenchido com orientação Médica

Nome * CRM *

2. A Declaração Pessoal de Saúde tem o objetivo de informar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da assinatura da Proposta de Inclusão, tanto com relação a si próprio quanto a qualquer de seus dependentes.

3. Ao declarar doença ou lesão preexistente, caso a apólice a qual o proponente se vinculará tenha menos de 30 (trinta) segurados, serão oferecidas as seguintes opções de cobertura:

3.1. **Cobertura Parcial Temporária** - É a cobertura que admite, durante o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de inclusão do segurado na apólice a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente as doenças ou lesões preexistentes (OLP) declaradas pelo segurado ou seu representante legal quando do preenchimento da presente Proposta de Inclusão. Os procedimentos de alta complexidade são definidos e atualizados periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.2. **Agravado** - É o acréscimo no valor do prêmio do seguro saúde dos proponentes portadores de doenças ou lesões preexistentes, a fim de possibilitar que estes tenham acesso integral às coberturas contratadas, alternativamente à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária. Esse acréscimo terá como referência a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

4. Caso sejam identificadas pela Allianz Saúde doenças ou lesões preexistentes não declaradas nesta Proposta de Inclusão, a Seguradora comunicará imediatamente o proponente para que manifeste-se sobre o assunto, podendo oferecer a este a Cobertura Parcial Temporária ou Agravado caso de fato a doença ou lesão preexistente seja constatada, ou ainda solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, denunciando a omissão de informação por parte do proponente.

5. Caso a ANS entenda que o proponente omitiu a existência de doenças e lesões preexistentes no preenchimento desta Proposta de Inclusão, a Allianz Saúde poderá suspender ou excluir o proponente da apólice por fraude, hipótese em que o proponente será responsável pelo pagamento das despesas com o tratamento da doença ou lesão preexistente omitida, nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

[Voltar](#) [Avançar](#)

Na tela de Declaração de Saúde, o titular deve responder o questionário de saúde para si e para seus dependentes. Depois de preencher basta clicar em “Estou ciente” e, em seguida, em **Avançar**.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - TITULAR E DEPENDENTES

Para responder ao questionário, avalie se você e/ou seus dependentes têm ou tiveram diagnosticadas as patologias abaixo ou se foram indicados a algum tratamento médico. Selecione a alternativa “SIM” ou “NÃO” para cada pergunta. Havendo respostas afirmativas, selecione ao menos uma das opções apresentadas e para alguns casos será necessário indexar relatórios médicos e/ou laudos de exames complementares. A indexação dos documentos ocorrerá na próxima página.

	FERNANDO PRADO VAZ	LUIZ OTAVIO SUDRE	SANDRA REGINA GARONE	LINCOLN SUDRE
Peso	60,00 kg	15,00 kg	65,00 kg	4,00 kg
Altura	1,55 m	0,80 m	1,55 m	0,75 m

INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE:

1) Doenças do aparelho cardiocirculatório e vascular	<input type="text" value="Sim"/>	<input type="text" value="Sim"/>	<input type="text" value="Sim"/>	<input type="text" value="Sim"/>
2) Doenças endócrinas e metabólicas	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
3) Doenças hematológicas, imunológicas, do colágeno, infecciosas ou autoimunes	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
4) Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
5) Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
6) Doenças ortopédicas	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>

Na tela de Documentos, o titular deve indexar os documentos pessoais ou relatórios/médicos de exames solicitados. Após selecionar os arquivos o status será alterado de “Não” para “Upload realizado”.

Lembrete: O titular pode indexar mais de um documento para cada item, desde que selecione um arquivo por vez!!

Após indexar os documentos é só clicar em **Avançar**.

Indexe abaixo os documentos solicitados para o titular e dependentes (se houver). Você pode indexar um ou mais documentos por item, um por vez. Sempre que o nome do documento selecionado aparecer na coluna Indexação ele já estará gravado no sistema Allianz Saúde.
 Tipos de arquivos: pdf, doc, jpeg, jpg, png e gif - Tamanho máximo por arquivo: 5 MB

DOCUMENTOS PESSOAIS TITULAR/DEPENDENTES

PROponente	NOME DO PROPONENTE	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	INDEXAÇÃO	STATUS
TITULAR	RODRIGO MATTAR FAGUNDES DE ALMEIDA	Cópia do Comprovante de Residência	<input type="text"/> Selecionar	NÃO
TITULAR	RODRIGO MATTAR FAGUNDES DE ALMEIDA	Cópia de Documento com foto, (RG, CNH, OAB, CREA, CARTEIRA DE TRABALHO, ETC..)	<input type="text"/> Selecionar	NÃO
DEPENDENTE	VANIA LUCIA SANTOS BORGES	Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG	<input type="text"/> Selecionar	NÃO

RELATÓRIOS MÉDICOS E/OU LAUDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES

Indexe relatório do especialista que o acompanha e laudos de exames referente às patologias abaixo indicadas (se houver).

PROponente	NOME DO PROPONENTE	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	INDEXAÇÃO	STATUS
TITULAR	RODRIGO MATTAR FAGUNDES DE ALMEIDA	Documento Médico Pergunta 1 Resposta 6	<input type="text"/> Selecionar	NÃO

[Voltar](#) [Avançar](#)

Na tela 6.Declaração Final de Ciência o titular deve fazer a leitura da Declaração Final de Ciência e clicar no botão “Leia sua proposta e assine”.

O Titular terá acesso a proposta de contratação em PDF, se as informações estiverem corretas ele poderá fazer o download da proposta e em seguida deve clicar em **Assinatura Eletrônica**.

DECLARAÇÃO - RN 162/07 ANS

Neste ato declaro estar ciente das implicações legais inerentes a omissão, inexatidão ou erro das informações aqui prestadas de acordo com o disposto na Resolução Normativa nº 162/07 da ANS e no artigo 766 do Código Civil onde 'se o Proponente, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia além de ficar obrigado ao prêmio vencido'. Concordo em realizar, quando solicitado pela Seguradora, exames ou entrevista médica (pessoalmente ou por telefone), com a finalidade de complementar as informações aqui prestadas.

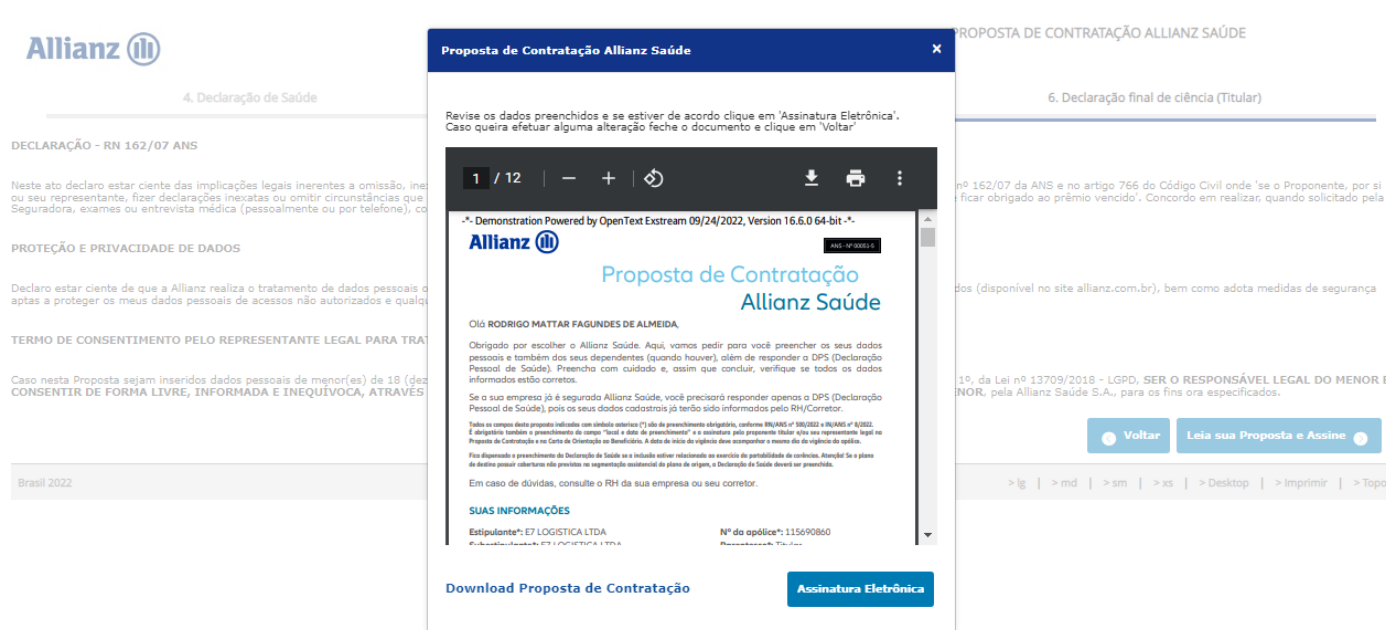
PROTEÇÃO E PRIVACIDADE DE DADOS

Declaro estar ciente de que a Allianz realiza o tratamento de dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site allianz.com.br), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os meus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.

TERMO DE CONSENTIMENTO PELO REPRESENTANTE LEGAL PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE MENORES DE 18 ANOS (SE APLICÁVEL)

Caso nesta Proposta sejam inseridos dados pessoais de menor(es) de 18 (dezoito) anos, declaro, enquanto signatário do documento e tendo em vista o disposto no artigo 14, § 1º, da Lei nº 13709/2018 - LGPD, **SER O RESPONSÁVEL LEGAL DO MENOR E CONSENTIR DE FORMA LIVRE, INFORMADA E INEQUÍVOCA, ATRAVÉS DE MINHA ASSINATURA, COM O TRATAMENTO DOS REFERIDOS DADOS PESSOAIS DO MENOR**, pela Allianz Saúde S.A., para os fins ora especificados.

[Voltar](#) [Leia sua Proposta e Assine](#)



A partir desse momento, o titular receberá um e-mail de acompanhamento e o corretor receberá um e-mail solicitando a sua assinatura como intermediário entre a operadora e o beneficiário.

Lembrete: Oriente os titulares a indexar a documentação completa e correta, pois desta forma reduz-se as pendências para a inclusão.

2. INCLUINDO DEPENDENTES

2.1. COMO LOCALIZAR O ITEM DE UM GRUPO FAMILIAR

Para incluir dependentes em uma apólice vigente é necessário pesquisar o número da proposta (ou apólice) e o número do Item.

Dentro do Allianznet selecione **Consultas ->Consultas -> Consulta Gerais**.


 Solicit.Cotações Especiais **Consultas** ^ Painel de Avisos Operações Diárias Documentações Diárias Dia Allz

Consulta Gerais

Cotações Realizadas

Central Bônus

Vistorias Prévias

VEJA AQUI O PASSO A PASSO COMPLETO!

Allianz Seguros S.A., CNPJ: 61.573.796/0001-66, Rua Eugênio de Medeiros nº 303, ands. 1-parte, 2 ao 9, 15 e 16, Pinheiros, São Paulo - CEP: 05425-000. Processo SUSEP nº 15414.002216/2004-57. Consulte as Condições Gerais, assim como os planos de assistência 24h, serviços e abrangência do seguro no site www.allianz.com.br. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. Linha Direta Allianz Seguros 4090 1110 (Capitais e Regiões Metropolitanas), 0800 777 7243 (demais regiões). Ouvidoria Allianz Seguros 0800 771 3313. Atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, 0800 121 239, de 2ª à 6ª, das 8h00 as 20h00 e sábado das 8h00 as 14h00. | A Allianz Seguros respeita a sua privacidade e é contra o spam na rede. Para mais informações, acesse a Política de Privacidade de Dados da Allianz, disponível em: www.allianz.com.br/politica-de-privacidade. Se você não deseja mais receber nossos e-mails, cancele sua inscrição [aqui](#).


Alertas (1)
Novidades (0)

 Informe o CPF do titular e clique em **Pesquisar**

Pesquisar ...


NOVA COTAÇÃO

Início > Critérios de Pesquisa



VISÃO GLOBAL CLIENTES

CNPJ/CPF	<input type="text"/>
Doc. Alternativa	<input type="text"/>
Carteirinha Saúde	<input type="text"/>
Nome ou Empresa	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

> Certificado Provisório

- ⌘ APÓLICE
- ⌘ SINISTRO
- ⌘ PAGAMENTO
- ⌘ PLACA
- ⌘ REFERÊNCIA

> Propostas Bloqueadas > Pesquisar

O sistema listará todas as propostas e itens do titular em nosso sistema. Aqui você deverá localizar o número da apólice e o item no qual irá realizar a inclusão do dependente.

Início >

LISTA DE APÓLICES 🌐 🖨️ 🏠

V. Global Sinistros Figura Detalhe Cliente Campanhas Cotações

✖ DADOS CLIENTE

Nome	MARICELIA FERREIRA LOPES		
Endereço	Rua	DA MOOCA	
Número	1243		
Complemento	AP 33		
CEP / Bairro	03103	001	MOOCA
Cidade	9668	SÃO PAULO	
Estado	26	SAO PAULO	
CPF/CNPJ/RG	04191529544		
Telefone	11 981022090		
Telefone 2	11 970484174		
Email	maricelia.lobes@allianz.com.br	Estado Email	Pendente Verificar
Situação Cliente	Activo	Valor cliente(de 1 a 10)	

✖ LISTA DE APÓLICES

Ramo: 202 Estado: Todas Filtrar

Bloq.	Apólice	Item	Ramo	Corretor	Risco	D. Início	D. Cancelamento	Lst. Rec.	Lst Sin.	Ficha Gest.
	115189142	1	202	5722222	MARICELIA FERREIRA LOPES	01-05-2021	01-05-2021			

Anote o número da proposta e do item e siga para o passo 2.2.

2.2. REALIZANDO ENDOSSO NO ALLIANZNET

Agora, acesse o menu **Vendas -> Endossos -> Endosso**.

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECCHIO RODRIGUES

Tempo sessão: 09:30
Último acesso: 23/09/2022 14:18:31

CORRETORA DE SEGUROS L...

Vendas Consultas Gestão

Cotações Endossos Gestão Renovações

Endosso
Cancelamento

Preencha o número da proposta e do item e clique em **Selecionar**.



Pesquisar ...



NOVA COTAÇÃO

Início > Apólice

ALTERAÇÃO DE APÓLICE



APÓLICE

Apólice	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>
Proposta	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>

> Selecionar

Brasil 2022

WM | Topo

Agora clique em **Aceitar!**



Pesquisar ...



NOVA COTAÇÃO

Início > Apólice

ALTERAÇÃO DE APÓLICE



APÓLICE

Apólice	0515--2022--53--87--0000092	Item	<input type="text"/>
Proposta	115689906	Item	<input type="text"/>

> Limpar

OPERATIVAS

Operativas

> Aceitar

Brasil 2022

WM | Topo

E depois em **Avançar!**

Dados Básicos

Proposta/Item

Dados do Contratante

Dados a Endossar

Data vigência alter.

25/09/2022

D. Gerais

Atores Envolvidos

CNPJ do Estipulante

05194443000184

Nome do Estipulante

MACLAN PATRIMONIAL LTDA

Avançar

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Para adicionar o dependente clique em **Adicionar Segurado**

pesquisar ...

Início > Tren

Dados Básicos

Proposta/Item

Listagem de pessoas seguradas

№	No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
	1	14660694810	Titular	F	01/08/1985			
	2		Filho(a)	F	16/08/2020			

Voltar **Avançar** **Adicionar Segurado**

Voltar **Avançar**

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Preencha os dados do dependente e, em seguida, clique em **Aceitar!**

Caso o dependente seja menor de 18 anos e sem CPF, clique em Menor e preencha o nome, sexo e data de nascimento.

Início > **Tren**

Dados Básicos

Proposta/Item

Informações Segurado

CPF/CNPJ

Doc. Alternativa

Menor

Nome

Sexo

Data de Nascimento

Pesquisar

Abandonar

Aceitar

Listagem de pessoas seguradas

# No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	14660694810	Titular	F	01/08/1985			
2		Filho(a)	F	16/08/2020			

Em Dados do segurado, preencha os campos e em seguida clique em **Avançar!**

*Campos obrigatórios

DADOS DO SEGURADO

CPF: 71398038032

Nome *: TESTE TESTE

Data de Nascimento *: 01/01/2022

Parentesco *: Compa

Data de Casamento *: dd/mm/yyyy

Sexo: Feminino Masculino

Cartão Nacional de Saúde *:

Subestipulante *: 1 - MACLAN PATRIMONIAL LTDA

Plano *: 0101-ESSENCIAL-0020-479576178

Data Início de Vigência *: dd/mm/yyyy

Data de Admissão na Empresa: dd/mm/yyyy

Centro de Custo: te

RE de Funcionário: te

Cargo:

Departamento:

Tem Plano Anterior?:

Portabilidade de Carências:

Nº Protocolo RN438:

Tipo de Exclusão:

Data de Desligamento da Empresa: dd/mm/yyyy

Data Fim de Vigência: dd/mm/yyyy

Contribuintário:

Tem Interesse no Plano de Extensão?:

Período de Contribuição Inicial: dd/mm/yyyy

Período de Contribuição Final: dd/mm/yyyy

Extensão do Segurado *: Ativo

Data Alteração Extensão: dd/mm/yyyy

Inclusão Dependentes no Plano de Extensão:

REDES MÉDICAS

Avançar

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Na cessão dados de continuidade, preencha os campos e em seguida clique em **Aceitar.**



Pesquisar ...


NOVA COTAÇÃO

Início > Tren

Dados Básicos


DADOS CONTINUIDADE

Apólice anterior	Companhia Seguradora	Data Início	Data Fim	<input type="checkbox"/> Bebê nascido na apólice
<input type="text"/>	Selecione	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	

[Voltar](#) [Aceitar](#)

Brasil 2022

[> lg](#) | [> md](#) | [> sm](#) | [> xs](#) | [> Desktop](#) | [> Imprimir](#) | [> Topo](#)
[Documentação](#) [Institucional](#) [Normas, Políticas e Provedores](#) [Ajuda](#)

Essa é uma tela informativa, que mostra a existência de eventuais carências. Para seguir clique em **Aceitar**.

Início > Tren

Dados Básicos


PERÍODO DE CARÊNCIA POR COBERTURA/SUBCOBERTURA

Cód. Cobert.	Des. Cobertura	Cód. Subcob.	Des. Subcobertura	Per. de carência (dias)
1	Ambulatorial	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
1	Ambulatorial	2	EXAMES BÁSICOS	30
1	Ambulatorial	3	EXAMES ESPECIAIS	90
1	Ambulatorial	7	TERAPIAS	180
1	Ambulatorial	9	CONSULTAS ELETIVA	30
1	Ambulatorial	10	ATENDIMENTOS AMBULATORIAS	180
1	Ambulatorial	13	IMUNIZAÇÕES	180
1	Ambulatorial	17	HOSPITALIZACAO CIRURGICA	180
2	Hospitalar	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
2	Hospitalar	2	EXAMES BÁSICOS	30
2	Hospitalar	3	EXAMES ESPECIAIS	90
2	Hospitalar	7	TERAPIAS	180
2	Hospitalar	12	DIÁRIAS	180
2	Hospitalar	17	HOSPITALIZAÇÃO CIRÚRGICA	180
2	Hospitalar	18	HOSPITALIZAÇÃO OBSTÉTRICA	300
2	Hospitalar	19	hospitalização domiciliar	180
2	Hospitalar	20	VISITAS / PLANTÕES	180
2	Hospitalar	21	HOSPITALIZAÇÃO CLÍNICA	180
2	Hospitalar	33	HOSPITALIZAÇÃO PEDIATRICA	180
2	Hospitalar	34	HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIATRICA	180
3	Obstétrica	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
3	Obstétrica	18	HOSPITALIZAÇÃO OBSTÉTRICA	300
3	Obstétrica	21	HOSPITALIZAÇÃO CLÍNICA	180

[Voltar](#) [Aceitar](#)

Na tela de Clientes você deve completar o preenchimento das informações do Dependente.
Atenção! O campo Endereço do Titular deve ser mantido em branco!

Terminado o preenchimento, clique em **Avançar**.

Dados Básicos 🏠

🏠 ☰

Proposta/Item ▼

Dados Pessoais do Segurado ^

CNPJ / CPF

Doc. Alternativa

Data Expedição Órgão Emissor

Nome Sobrenome1 Sobrenome2, Nome

D. Nascimento

Tipo de Cliente

Dados de Contato ^

Dados de Contato ^

Endereço

Endereço

Número

Complemento

CEP Bairro

Cidade Estado

C.P. /Designação

DDD/Tlf. Residencial

Celular

E-mail

Dados Socioeconômicos e Sociodemográficos

Sexo

Estado Civil

Profissão

Isenção IOF

Nome da Mãe

Renda Mensal

Voltar

Avançar

Brasil 2022

> lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Após realizar a inclusão do novo dependente, sistema retornará à tela inicial e listará a nova inclusão na seção **Listagem de Pessoas Seguradas**.

Para incluir mais dependentes basta clicar em **Adicionar Segurado** e repetir os passos anteriores. Caso não tenha mais inclusões, clique em **Avançar**.

Vendas Consultas Gestão



Pesquisar ...



NOVA COTAÇÃO

Início > Tren

Dados Básicos



Proposta/Item



Listagem de pessoas seguradas



§ No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	14660694810	Titular	F	01/08/1985			
2		Filho(a)	F	16/08/2020			
3	71398038032	Filho(a)	M	01/01/2022			

..... < >

Voltar

Avançar

Adicionar Segurado

Voltar

Avançar

Brasil 2022

> lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Clicar em **Avançar** novamente!

Início > Tren

Dados Básicos | Emissão

Proposta/Item

Dados Gerais

CPF/CNPJ Estipulante
13813074000145

Dados Bancários

CC Reembolso

Titular

Núm. Identificação Nome do Titular

Doc. Alternativa

Tipo de Conta

Banco / Agência / DCO

N de Conta/DCC

[Edição](#) [Confirme](#)

Documentação

[Voltar](#) [Avançar](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Esta é a tela de confirmação. Aqui você tem a opção de incluir observações ou comentários e em seguida clique em **Avançar**.

Início > Tren

Dados Básicos | Emissão

Proposta/Item

Atenção

A proposta sujeita a aceitação. Para emissão da proposta clique em **Avançar**

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
603	Entrega física dos documentos obrigatórios para contratação
613	Aguardando Retorno da DPS.
601	Indexar documentação obrigatória

Auto Bloqueio

AutoBloqueio

Comentários do corretor

[Voltar](#) [Avançar](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Pronto, endosso de inclusão de dependente finalizado!

**Proposta/Item****Pedido pendente de aceitação**

A Proposta 115689906 / 2 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
601	Entrega da documentação obrigatória
613	Aguardando Retorno da DPS

Documentos

Documentação disponível

[Proposta de Alteração](#)

Brasil 2022

[> lg](#) | [> md](#) | [> sm](#) | [> xs](#) | [> Desktop](#) | [> Imprimir](#) | [> Topo](#)

Endosso permanecerá bloqueado e o titular receberá um e-mail com o link da Proposta de Contratação e terá 20 dias para preenchê-la e assiná-la.

Durante esse intervalo, você será notificado por e-mail sobre as etapas de preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação Allianz.

Após o prazo de 20 dias, se a Proposta de Contratação não for preenchida e assinada, o processo será recusado automaticamente, sendo necessário reiniciar a solicitação.

2.3. TITULAR PREENCHENDO A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ELETRÔNICA DE SEUS DEPENDENTES

O titular deve acessar o link no e-mail que é enviado automaticamente após o endosso de inclusão de dependentes.



ALLIANZ SAÚDE

ANS - Nº 00051-S

Olá, DANILO SEISHO SHIRADO

Você solicitou a inclusão de dependentes em uma apólice do Produto Allianz Saúde.

Preencha no link abaixo Proposta de Contratação Allianz Saúde dos seus dependentes.

[CLIQUE AQUI E PREENCHA!](#)**Atenção:** durante o preenchimento da Proposta de Contratação Allianz Saúde, poderão ser solicitados alguns documentos dos dependentes.**Em caso de dúvidas, fale com o RH ou seu corretor.**

Após clicar no link o titular será direcionado para a tela de acesso da proposta de contratação. Aqui, ele deve preencher seu CPF e clicar em Entrar.



PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ALLIANZ SAÚDE

[ENTRAR](#)

Na tela 1.Dados Cadastrais, o titular deve preencher os campos de peso e altura para cada dependente incluído.

Na tela 2.Carta de Orientação ao Beneficiário, o titular deve ler a carta de orientação ao beneficiário, feito isso, basta clicar em avançar.



PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ALLIANZ SAÚDE

1. Dados Cadastrais

2. Carta de Orientação ao Beneficiário (ANS)

3. Informações Declaração de Saúde

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO (ANS)

[Leia a carta de orientação ao beneficiário e em seguida clique no botão avançar](#)[Voltar](#)[Avançar](#)

Na tela 3.Informações da Declaração de saúde, o titular deve informar se o preenchimento teve orientação médica, caso positivo ele deve informar o nome e o CRM do Médico.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ALLIANZ SAÚDE

1. Dados Cadastrais
2. Carta de Orientação ao Beneficiário (ANS)
3. Informações Declaração de Saúde

INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Ao preencher a Declaração Pessoal de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Allianz Saúde. Caso o proponente opte por ser orientado por um médico de sua livre escolha, as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.

Preenchido pelo proponente Preenchido com orientação Médica

Nome * CRM *

2. A Declaração Pessoal de Saúde tem o objetivo de informar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da assinatura da Proposta de Inclusão, tanto com relação a si próprio quanto a qualquer de seus dependentes.

3. Ao declarar doença ou lesão preexistente, caso a apólice a qual o proponente se vinculará tenha menos de 30 (trinta) segurados, serão oferecidas as seguintes opções de cobertura:

3.1. **Cobertura Parcial Temporária** - É a cobertura que admite, durante o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de inclusão do segurado na apólice a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo segurado ou seu representante legal quando do preenchimento da presente Proposta de Inclusão. Os procedimentos de alta complexidade são definidos e atualizados periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.2. **Agravos** - É o acréscimo no valor do prêmio do seguro saúde dos proponentes portadores de doenças ou lesões preexistentes, a fim de possibilitar que estes tenham acesso integral às coberturas contratadas, alternativamente à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária. Esse acréscimo terá como referência a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

4. Caso sejam identificadas pela Allianz Saúde doenças ou lesões preexistentes não declaradas nesta Proposta de Inclusão, a Seguradora comunicará imediatamente o proponente para que manifeste-se sobre o assunto, podendo oferecer a este a Cobertura Parcial Temporária ou Agravos caso de fato a doença ou lesão preexistente seja constatada, ou ainda solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, denunciando a omissão da informação por parte do proponente.

5. Caso a ANS entenda que o proponente omitiu a existência de doenças e lesões preexistentes no preenchimento desta Proposta de Inclusão, a Allianz Saúde poderá suspender ou excluir o proponente da apólice por fraude, hipótese em que o proponente será responsável pelo pagamento das despesas com o tratamento da doença ou lesão preexistente omitida, nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Voltar
Avançar

Na tela 4.Declaração de Saúde, o titular deve responder o questionário de saúde de seus dependentes. Depois de preencher basta clicar em “Estou ciente” e, em seguida, em **Avançar**.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ALLIANZ SAÚDE

4. Declaração de Saúde
5. Documentos
6. Declaração final de ciência (Titular)

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - TITULAR E DEPENDENTES

Para responder ao questionário, avalie se você e/ou seus dependentes têm ou tiveram diagnosticadas as patologias abaixo ou se foram indicados a algum tratamento médico. Selecione a alternativa "SIM" ou "NÃO" para cada pergunta. Havendo respostas afirmativas, selecione ao menos uma das opções apresentadas e para alguns casos será necessário indexar relatórios médicos e/ou laudos de exames complementares. A indexação dos documentos ocorrerá na próxima página.

	fernando prado vaz	luz OTAVIO SUDRE	SANDRA REGINA GARONE	LINCOLN SODRE
Peso	60,00 kg	15,00 kg	65,00 kg	4,00 kg
Altura	1,55 m	0,80 m	1,55 m	0,75 m

INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE:

1) Doenças do aparelho cardiocirculatório e vascular	<input type="text" value="Sim"/>	<input type="text" value="Sim"/>	<input type="text" value="Sim"/>	<input type="text" value="Sim"/>
2) Doenças endócrinas e metabólicas	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
3) Doenças hematológicas, imunológicas, do colágeno, infecciosas ou autoimunes	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
4) Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
5) Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>
6) Doenças ortopédicas	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>	<input type="text" value="Não"/>

Na tela 5.Documentos, o titular deve indexar os documentos pessoais e relatórios médicos solicitados. Após selecionar os arquivos o status será alterado de “Não” para “Upload realizado”.

Lembrete: O titular pode indexar mais de um documento para cada item, desde que selecione um arquivo por vez!!

Após indexar os documentos é só clicar em **Avançar**.

Indexe abaixo os documentos solicitados para o titular e dependentes (se houver). Você pode indexar um ou mais documentos por item, um por vez. Sempre que o nome do documento selecionado aparecer na coluna Indexação ele já estará gravado no sistema Allianz Saúde.
Tipos de arquivos: pdf, doc, jpeg, jpg, png e gif - **Tamanho máximo por arquivo:** 5 MB

DOCUMENTOS PESSOAIS TITULAR/DEPENDENTES

PROponente	NOME DO PROPONENTE	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	INDEXAÇÃO	STATUS
TITULAR	RODRIGO MATTAR FAGUNDES DE ALMEIDA	Cópia do Comprovante de Residência	<input type="text"/> Selecionar	NÃO
TITULAR	RODRIGO MATTAR FAGUNDES DE ALMEIDA	Cópia de Documento com foto, (RG, CNH, OAB, CREA, CARTEIRA DE TRABALHO, ETC..)	<input type="text"/> Selecionar	NÃO
DEPENDENTE	VANIA LUCIA SANTOS BORGES	Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG	<input type="text"/> Selecionar	NÃO

RELATÓRIOS MÉDICOS E/OU LAUDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES

Indexe relatório do especialista que o acompanha e laudos de exames referente às patologias abaixo indicadas (se houver).

PROponente	NOME DO PROPONENTE	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	INDEXAÇÃO	STATUS
TITULAR	RODRIGO MATTAR FAGUNDES DE ALMEIDA	Documento Médico Pergunta 1 Resposta 6	<input type="text"/> Selecionar	NÃO

[Voltar](#) [Avançar](#)

Na tela 6.Declaração Final de Ciência o titular deve fazer a leitura da Declaração Final de Ciência e clicar no botão “Leia sua proposta e assine”.

O Titular terá acesso a proposta de contratação em PDF, se as informações estiverem corretas ele poderá fazer o download da proposta e em seguida deve clicar em **Assinatura Eletrônica**.

DECLARAÇÃO - RN 162/07 ANS

Neste ato declaro estar ciente das implicações legais inerentes a omissão, inexatidão ou erro das informações aqui prestadas de acordo com o disposto na Resolução Normativa nº 162/07 da ANS e no artigo 766 do Código Civil onde 'se o Proponente, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia além de ficar obrigado ao prêmio vencido'. Concordo em realizar, quando solicitado pela Seguradora, exames ou entrevista médica (pessoalmente ou por telefone), com a finalidade de complementar as informações aqui prestadas.

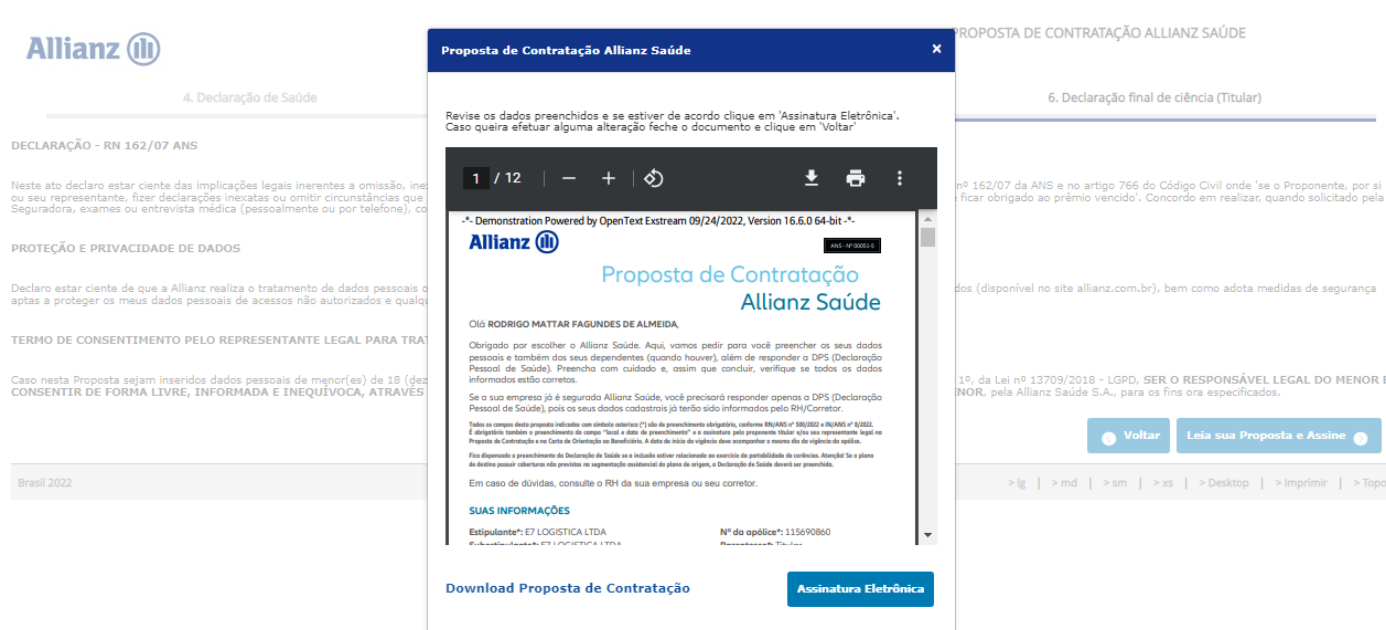
PROTEÇÃO E PRIVACIDADE DE DADOS

Declaro estar ciente de que a Allianz realiza o tratamento de dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site allianz.com.br), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os meus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.

TERMO DE CONSENTIMENTO PELO REPRESENTANTE LEGAL PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE MENORES DE 18 ANOS (SE APLICÁVEL)

Caso nesta Proposta sejam inseridos dados pessoais de menor(es) de 18 (dezoito) anos, declaro, enquanto signatário do documento e tendo em vista o disposto no artigo 14, § 1º, da Lei nº 13709/2018 - LGPD, **SER O RESPONSÁVEL LEGAL DO MENOR E CONSENTIR DE FORMA LIVRE, INFORMADA E INEQUÍVOCA, ATRAVÉS DE MINHA ASSINATURA, COM O TRATAMENTO DOS REFERIDOS DADOS PESSOAIS DO MENOR**, pela Allianz Saúde S.A., para os fins ora especificados.

[Voltar](#) [Leia sua Proposta e Assine](#)



A partir desse momento, o titular receberá um e-mail de acompanhamento e o corretor receberá um e-mail solicitando a sua assinatura como intermediário entre a operadora e o beneficiário.

Lembrete: Oriente aos titulares a indexar a documentação completa e correta, pois desta forma reduz-se as pendências para a inclusão.

3. SOLICITANDO EXCLUSÃO DE TITULARES OU DEPENDENTES

Importante: Para solicitar a exclusão de titulares ou dependentes em uma apólice vigente você precisa já ter o Formulário de Exclusão devidamente preenchido e assinado pelo titular e pelo representante legal da empresa, pois além de realizar a solicitação no AllianzNet será necessário indexar o formulário na ficha de gestão do item na imagem 145.

3.1. COMO LOCALIZAR O ITEM DE UM GRUPO FAMILIAR E INDEXAR O FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO

Dentro do Allianznet selecione **Consultas -> Consultas -> Consulta Gerais.**

Vendas **Consultas** Gestão

 Solicit.Cotações Especiais **Consultas** Painel de Avisos Operações Diárias Documentações Diárias Dia Allz

[Consulta Gerais](#)
[Cotações Realizadas](#)
[Central Bônus](#)
[Vistorias Prévias](#)
VEJA AQUI O PASSO A PASSO COMPLETO!

Allianz Seguros S.A., CNPJ: 61.573.796/0001-66, Rua Eugênio de Medeiros nº 303, ands. 1-parte, 2 ao 9, 15 e 16, Pinheiros, São Paulo - CEP: 05425-000. Processo SUSEP nº 15414.002216/2004-57. Consulte as Condições Gerais, assim como os planos de assistência 24h, serviços e abrangência do seguro no site www.allianz.com.br. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. Linha Direta Allianz Seguros 4090 1110 (Capitais e Regiões Metropolitanas), 0800 777 7243 (demais regiões). Ouvidoria Allianz Seguros 0800 771 3313. Atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, 0800 121 239, de 2ª à 6ª, das 8h00 as 20h00 e sábado das 8h00 as 14h00. | A Allianz Seguros respeita a sua privacidade e é contra o spam na rede. Para mais informações, acesse a Política de Privacidade de Dados da Allianz, disponível em: www.allianz.com.br/politica-de-privacidade. Se você não deseja mais receber nossos e-mails, cancele sua inscrição [aqui](#).


Alertas (1)
Novidades (0)

 Informe o CPF do titular e clique em **Pesquisar**

Pesquisar ...


NOVA COTAÇÃO

Início > Critérios de Pesquisa



VISÃO GLOBAL CLIENTES

CNPJ/CPF	<input type="text"/>
Doc. Alternativa	<input type="text"/>
Carteirinha Saúde	<input type="text"/>
Nome ou Empresa	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>




> Certificado Provisório

- ⌘ APÓLICE
- ⌘ SINISTRO
- ⌘ PAGAMENTO
- ⌘ PLACA
- ⌘ REFERÊNCIA

> Propostas Bloqueadas > Pesquisar



Sistema listará todas as propostas/apólices/itens do titular em nosso sistema e você deverá localizar o número da apólice e o item vigente no Saúde.

Início >

LISTA DE APÓLICES   




[V. Global](#) [Sinistros Figura](#) [Detalhe Cliente](#) [Campanhas](#) [Cotações](#)

✖ **DADOS CLIENTE**

Nome	MARICELIA FERREIRA LOPES		
Endereço	Rua	DA MOOCA	
Número	1243		
Complemento	AP 33		
CEP / Bairro	03103	001	MOOCA  
Cidade	9668	SÃO PAULO	
Estado	26	SAO PAULO	
CPF/CNPJ/RG	04191529544		
Telefone	11 981022090		
Telefone 2	11 970484174		
Email	maricelia.lobes@allianz.com.br	Estado Email	Pendente Verificar
Situação Cliente	Activo	Valor cliente(de 1 a 10)	

✖ **LISTA DE APÓLICES**

Ramo: 202 Estado: Todas




Bloq.	Apólice	Item	Ramo	Corretor	Risco	D. Início	D. Cancelamento	Lst. Rec.	Lst Sin.	Ficha Gest.
	115189142	1	202	5722222	MARICELIA FERREIRA LOPES	01-05-2021	01-05-2021			

[Página Ant.](#) 1 [Página Seg.](#)

Quando localizar a apólice e o item vigente clique no número da apólice para ver os detalhes e em seguida desça até o final da página e clique em Ficha de Gestão.

Início >

mir

DADOS GERAIS   

[Gerais](#) [Segurado](#) [Risco](#) [Segurados](#) [Coberturas](#) [Cláusulas](#) [SDD](#) [Serviços \(»\)](#) [Resumo](#)

✖ **PESQUISAR**

Apólice	115189142	Item	1
Apólice SUSEP	0515-2021-44-87-0000016	Endosso	000000
Ramo	202-Saúde PME		
Nome	AEG CONSULTORES ASSOCIADOS		

⌘ **DADOS GERAIS**

[> V. Global](#) [> Lista Sinistros](#) [> Ficha Gestão](#) [> Lista Recibos](#) [> Lista de Adesões](#)
[> Histórico da Apólice](#)

Dentro da ficha de gestão do item clique em Indexação

Ficha de Gestão

BE01637



Consultas Editor correspondencia Nota/Agenda Indexação Mais ações

APÓLICE - 115189142/00001 - 7 (7) registros

Tipo de referência
APÓLICE

Proposta
115189142

Aplica
00001

Alterar Visão

Filtrar

Data	Tipo Modelo	Descrição	Usuário	Privado	Aviso
02/07/2021 22:08	9990 (Lote)	Suplemento	PC282BR	Publico	0
10/06/2021 08:07	9596 (Correspondência)	SMS	FGPR5MS	Publico	00/00/0000
09/06/2021 02:03	60 (Lote)	Benef. Final - CPF: 03043148460	BE05B002	Publico	0
09/06/2021 01:13	9240 (Imagem)	Allianz Saúde - Cartão do Segurado	DLGPDF	Publico	00/00/0000
08/06/2021 22:08	9989 (Lote)	Nova Produção	BE01637	Publico	0
08/06/2021 14:31	9240 (Imagem)	CARTÃO 1151891420000101 MARICELIA FERREIRA L	DLGAFP	Publico	00/00/0000

No campo Modelo/Descrição digite o número 145

Agora que você já sabe o **Numero da Apólice** e o **Item** e já sabe os números das imagens e como indexar, siga para o passo 3.2.

Lembrete: Você poderá indexar a documentação obrigatória na ficha de gestão do item antes ou depois de realizar o endosso de exclusão.

3.2. REALIZANDO ENDOSSO DE EXCLUSÃO NO ALLIANZNET

Agora, acesse o menu **Vendas -> Endossos -> Endosso**.

Informe o número da proposta/apólice e o item e clique em **Selecionar**.

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECC... ▼

Tempo sessão: 28:43
Último acesso:
23/09/2022 14:18:31

CORRETORA DE S... ▼

Vendas Consultas Gestão

Pesquisar ...

NOVA COTAÇÃO

Início > Apólice

ALTERAÇÃO DE APÓLICE

APÓLICE

Apólice	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>
Proposta	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>

Selecionar

Brasil 2022 WM | Topo ▲

Agora clique em **Aceitar!**

Vendas Consultas Gestão

Pesquisar ...

NOVA COTAÇÃO

Início > Apólice

ALTERAÇÃO DE APÓLICE

APÓLICE

Apólice	0515-2022-53-87-000092	Item	<input type="text"/>
Proposta	115689906	Item	<input type="text"/>

Limpar

OPERATIVAS

Operativas

Aceitar

Brasil 2022 WM | Topo ▲

Nesta tela clique em **Avançar!**

Dados Básicos

Proposta/Item

Dados do Contratante

Dados a Endossar

Data vigência alter.

25/09/2022

D. Gerais

Atores Envolvidos

CNPJ do Estipulante

05194443000184

Nome do Estipulante

MACLAN PATRIMONIAL LTDA

Avançar

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Para solicitar a exclusão do titular clique no **Lapis do Titular**.

Quando for exclusão de dependentes, clique no **Lapis dos Dependentes** (um por vez).

Importante: Ao excluir o **titular**, todos os seus dependentes serão excluídos.

Dados Básicos

Proposta/Item

Listagem de pessoas seguradas

⌵ No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento		
1	35939157823	Titular	F	16/05/1989			
2	30053038886	Companheiro(a)	M	05/02/1982			
3		Filho(a)	M	12/08/2022			

Voltar **Avançar** **Adicionar Segurado**

Voltar **Avançar**

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Ao clicar no lápis do segurado selecionado, os dados serão habilitados na seção Informações Segurado, para seguir clicar em **Aceitar**.

Informações Segurado

CPF/CNPJ
35939157823

Doc. Alternativa

Menor










Nome
SUSANA RAQUEL PEREIRA ARAUJO

Sexo
Feminino

Data de Nascimento
16/05/1989

[Pesquisar](#) [Abandonar](#) [Aceitar](#)

Listagem de pessoas seguradas

g No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	35939157823	Titular	F	16/05/1989			
2	30053038886	Companheiro(a)	M	05/02/1982			
3		Filho(a)	M	12/08/2022			

[Voltar](#) [Avançar](#) [Adicionar Segurado](#)

Para solicitar a exclusão do titular é necessário selecionar uma das opções disponíveis no campo Tipo de Exclusão.

Abaixo dois exemplos:

Exemplo 1: Ao selecionar a opção Rompimento do contrato por iniciativa do beneficiário os campos de preenchimento obrigatório são: Data de Desligamento da Empresa e Data Fim de Vigência.

Exemplo 2: Ao selecionar a opção Desligamento da Empresa os campos de preenchimento obrigatório são: Data de Desligamento da Empresa, Data Fim de Vigência, habilitando o campo Contributário. Se a resposta do campo Contributário for positiva sistema habilitará o campo “Tem Interesse no Plano de Extensão”. Se a resposta for Não, seguir o fluxo de Exclusão abaixo, caso contrário seguir para o passo 4. solicitando extensão de segurados.

Para seguir com a solicitação de exclusão, clicar em **Avançar**.

Início > Tren

Dados Básicos 

DADOS DO SEGURADO

CPF 35939157823	Nome * SUSANA RAQUEL PEREIRA ARAUJO	Data de Nascimento * 16/05/1989	Parentesco * Titular	Data de Casamento dd/mm/yyyy	Sexo <input checked="" type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Cartão Nacional de Saúde * 703205688561197	Substipulante * 1 - MACLAN PATRIMONIAL LTDA	Plano * 0101-ESSENCIAL-0020-479576178		Data Início de Vigência * 01/09/2022	
Data de Admissão na Empresa * 28/08/2022	Centro de Custo	RE de Funcionário	Cargo	Departamento	Tem Plano Anterior?
Portabilidade de Carências	Nº Protocolo RN438	Tipo de Exclusão Desligamento da empresa	Data de Desligamento da Empresa 01/09/2022	Data Fim de Vigência 01/09/2022	Contribuintário Sim
Tem Interesse no Plano de Extensão? Não	Período de Contribuição Inicial dd/mm/yyyy	Período de Contribuição Final dd/mm/yyyy	Extensão do Segurado * Ativo	Data Alteração Extensão dd/mm/yyyy	Inclusão Dependentes no Plano de Extensão

REDES MÉDICAS

Avançar

Brasil 2022

> lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo


Para seguir clicar em **Aceitar**.

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECCHIO RO... 

Tempo sessão: 29:52
Último acesso:
23/09/2022 14:18:31




CORRETORA DE SEGUR... 

Vendas Consultas Gestão 

Pesquisar ... 

NOVA COTAÇÃO

Início > Tren

Dados Básicos 

DADOS CONTINUIDADE

Apólice anterior	Companhia Seguradora Selecione	Data Início DD/MM/YYYY	Data Fim DD/MM/YYYY	<input type="checkbox"/> Bebê nascido na apólice
------------------	-----------------------------------	---------------------------	------------------------	--

Voltar

Aceitar

Brasil 2022

> lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Para seguir clicar em **Aceitar**.

Início > Tren

Dados Básicos


PERÍODO DE CARÊNCIA POR COBERTURA/SUBCOBERTURA

Cód. Cobert.	Des. Cobertura	Cód. Subcob.	Des. Subcobertura	Per. de carência (dias)
1	Ambulatorial	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
1	Ambulatorial	2	EXAMES BÁSICOS	30
1	Ambulatorial	3	EXAMES ESPECIAIS	90
1	Ambulatorial	7	TERAPIAS	180
1	Ambulatorial	9	CONSULTAS ELETIVA	30
1	Ambulatorial	10	ATENDIMENTOS AMBULATORIAS	180
1	Ambulatorial	13	IMUNIZAÇÕES	180
1	Ambulatorial	17	HOSPITALIZACAO CIRURGICA	180
2	Hospitalar	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
2	Hospitalar	2	EXAMES BÁSICOS	30
2	Hospitalar	3	EXAMES ESPECIAIS	90
2	Hospitalar	7	TERAPIAS	180
2	Hospitalar	12	DIÁRIAS	180
2	Hospitalar	17	HOSPITALIZAÇÃO CIRÚRGICA	180
2	Hospitalar	18	HOSPITALIZAÇÃO OBSTÉTRICA	300
2	Hospitalar	19	hospitalização domiciliar	180
2	Hospitalar	20	VISITAS / PLANTÕES	180
2	Hospitalar	21	HOSPITALIZAÇÃO CLÍNICA	180
2	Hospitalar	33	HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA	180
2	Hospitalar	34	HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA	180
3	Obstétrica	1	PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	1
3	Obstétrica	18	HOSPITALIZAÇÃO OBSTÉTRICA	300
3	Obstétrica	21	HOSPITALIZAÇÃO CLÍNICA	180

Voltar

Aceitar

 Na tela de Clientes clicar em **Aceitar**.

Dados Básicos


Proposta/Item
Dados Pessoais do Segurado

CNPJ / CPF

71398038032

Doc. Alternativa

Data Expedição

dd/mm/yyyy



Órgão Emissor

 Nome *Sobrenome1* *Sobrenome2*, Nome

TESTE TESTE

D. Nascimento

23/06/1988



Tipo de Cliente

Pessoa Física

Dados de Contato

Dados de Contato 

Endereço

Endereço

Número

Complemento

CEP

Bairro



Cidade

Estado

C.P. /Designação

DDD/Tif. Residencial

Celular

E-mail

Dados Socioeconômicos e Sociodemográficos 

Sexo

Estado Civil

Profissão

Isenção IOF

Nome da Mãe

Renda Mensal

Voltar Avançar 

Após realizar a exclusão, sistema retornará à tela inicial, para seguir é só clicar em **Avançar**.

Pesquisar ...



NOVA COTAÇÃO

Início > Tren

Dados Básicos



Proposta/Item

Listagem de pessoas seguradas

No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	35939157823	Titular	F	16/05/1989			
2	30053038886	Companheiro(a)	M	05/02/1982			
3		Filho(a)	M	12/08/2022			

Voltar Avançar Adicionar Segurado

Voltar Avançar

Brasil 2022

> lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Clicar em **Avançar** novamente!

Início > Tren

Dados Básicos Emissão



Proposta/Item

Dados Gerais

CPF/CNPJ Estipulante

13613074000145

Dados Bancários

CC Reembolso

Titular

Núm. Identificação

Nome do Titular

Doc. Alternativa

Tipo de Conta

Banco / Agência / DCO

N. de Conta/DCC

Edição Confirmar

Documentação

Voltar Avançar

Brasil 2022

> lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Caso deseje inserir alguma particularidade sobre esta Exclusão, escreva em comentários do corretor e em seguida clique em **Avançar**.

Início > Tren

Dados Básicos | Emissão

Proposta/Item

Atenção

A proposta sujeita a aceitação. Para emissão da proposta clique em **Avançar**

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
603	Entrega física dos documentos obrigatórios para contratação
613	Aguardando Retorno da DPS.
601	Indexar documentação obrigatória

Auto Bloqueio

AutoBloqueio

Comentários do corretor

Voltar
Avançar

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Na tela de Emissão Realizada mostra o Número da proposta e o Item e informa que a proposta permanecerá bloqueada e será analisada após a indexação da documentação obrigatória.

Proposta/Item

Pedido pendente de aceitação

A Proposta 115689906 / 2 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
601	Entrega da documentação obrigatória
613	Aguardando Retorno da DPS

Documentos

Documentação disponível

[Proposta de Alteração](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Lembrete: Não se esqueça de indexar o Formulário de Exclusão na ficha de gestão do Item na imagem 145.

4. SOLICITANDO EXTENSÃO DE SEGURADOS

Para solicitar a extensão de segurado, seguir os passos do item [3.2.Realizando endosso de exclusão no allianznet](#), observando os critérios abaixo.

Tenha em mãos o Formulário de Extensão devidamente preenchido e assinado pelo titular e pelo representante legal da empresa e os documentos que comprovem o plano de continuidade, pois além de realizar a solicitação no AllianzNet você precisará indexar esses documentos na ficha de gestão do item na imagem 145.

As condições para que o segurado tenha direito ao plano de Extensão são:

- Tipo de exclusão diferente de Rompimento do Contrato por iniciativa do beneficiário;
- Ser Contribuinte;
- Ter Interesse no Plano de Extensão.

Os campos de preenchimento obrigatório são: Tipo Exclusão, Data de Desligamento da Empresa, Data Fim de Vigência, Contribuinte, Tem Interesse no Plano de Extensão?, Período de Contribuição Inicial, Período de Contribuição Final, Extensão do Segurado, Data Alteração Extensão e Inclusão Dependentes no Plano de Extensão.

5. DEMAIS ALTERAÇÕES

Para solicitar uma alteração em uma apólice/item vigente é necessário já ter o Formulário de Alteração devidamente preenchido pelo titular, pois além de realizar a solicitação no AllianzNet você precisará indexar o formulário na ficha de gestão do item nas imagens definidas para cada processo conforme relação abaixo:

- Alteração de plano - Imagem 179
- Incluir Médicamento - Imagem 183
- Alteração de dados cadastrais - Imagem 7448
- Alteração de Subestipulante - Imagem 7448
- Alteração de Dados bancários - Imagem 7555

5.1. COMO LOCALIZAR O ITEM DE UM GRUPO FAMILIAR E INDEXAR O FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO

Dentro do Allianznet selecione **Consultas -> Consultas -> Consulta Gerais**.


 Solicit.Cotações Especiais **Consultas** ^ Painel de Avisos Operações Diárias Documentações Diárias Dia Allz

[Consulta Gerais](#)
[Cotações Realizadas](#)
[Central Bônus](#)
[Vistorias Prévias](#)
VEJA AQUI O PASSO A PASSO COMPLETO!

Allianz Seguros S.A., CNPJ: 61.573.796/0001-66, Rua Eugênio de Medeiros nº 303, ands. 1-parte, 2 ao 9, 15 e 16, Pinheiros, São Paulo - CEP: 05425-000. Processo SUSEP nº 15414.002216/2004-57. Consulte as Condições Gerais, assim como os planos de assistência 24h, serviços e abrangência do seguro no site www.allianz.com.br. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. Linha Direta Allianz Seguros 4090 1110 (Capitais e Regiões Metropolitanas), 0800 777 7243 (demais regiões). Ouvidoria Allianz Seguros 0800 771 3313. Atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, 0800 121 239, de 2ª à 6ª, das 8h00 as 20h00 e sábado das 8h00 as 14h00. | A Allianz Seguros respeita a sua privacidade e é contra o spam na rede. Para mais informações, acesse a Política de Privacidade de Dados da Allianz, disponível em: www.allianz.com.br/politica-de-privacidade. Se você não deseja mais receber nossos e-mails, cancele sua inscrição [aqui](#).


Alertas (1)
Novidades (0)

 Informe o CPF do titular e clique em **Pesquisar**

Pesquisar ...


NOVA COTAÇÃO

 Início > **Critérios de Pesquisa**


VISÃO GLOBAL CLIENTES

CNPJ/CPF	<input type="text"/>
Doc. Alternativa	<input type="text"/>
Carteirinha Saúde	<input type="text"/>
Nome ou Empresa	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

> Certificado Provisório

✕ APÓLICE

✕ SINISTRO

✕ PAGAMENTO

✕ PLACA




✕ REFERÊNCIA

> Propostas Bloqueadas

> Pesquisar



Sistema listará todas as propostas/apólices/itens do titular em nosso sistema e você deverá localizar o número da apólice e o item vigente no Saúde.

Início >

LISTA DE APÓLICES   




[V. Global](#) [Sinistros Figura](#) [Detalhe Cliente](#) [Campanhas](#) [Cotações](#)

✖ **DADOS CLIENTE**

Nome	MARICELIA FERREIRA LOPES		
Endereço	Rua	DA MOOCA	
Número	1243		
Complemento	AP 33		
CEP / Bairro	03103	001	MOOCA  
Cidade	9668	SÃO PAULO	
Estado	26	SAO PAULO	
CPF/CNPJ/RG	04191529544		
Telefone	11 981022090		
Telefone 2	11 970484174		
Email	maricelia.lobes@allianz.com.br	Estado Email	Pendente Verificar
Situação Cliente	Activo	Valor cliente(de 1 a 10)	

✖ **LISTA DE APÓLICES**

Ramo: 202 Estado: Todas

Bloq.	Apólice	Item	Ramo	Corretor	Risco	D. Início	D. Cancelamento	Lst. Rec.	Lst Sin.	Ficha Gest.
	115189142	1	202	5722222	MARICELIA FERREIRA LOPES	01-05-2021	01-05-2021			

[Página Ant.](#) 1 [Página Seg.](#)

Quando localizar a apólice e o item vigente clique no número da apólice para ver os detalhes e em seguida desça até o final da página e clique em Ficha de Gestão.

Início >

mir

DADOS GERAIS   

[Gerais](#) [Segurado](#) [Risco](#) [Segurados](#) [Coberturas](#) [Cláusulas](#) [SDD](#) [Serviços \(»\)](#) [Resumo](#)

✖ **PESQUISAR**

Apólice	115189142	Item	1
Apólice SUSEP	0515-2021-44-87-0000016	Endosso	000000
Ramo	202-Saúde PME		
Nome	AEG CONSULTORES ASSOCIADOS		

⌘ **DADOS GERAIS**

[> V. Global](#) [> Lista Sinistros](#) [> Ficha Gestão](#) [> Lista Recibos](#) [> Lista de Adesões](#)
[> Histórico da Apólice](#)

Dentro da ficha de gestão do item clique em **Indexação**

Ficha de Gestão

BE01637



Consultas Editor correspondencia Nota/Agenda **Indexação** Mais ações

APÓLICE - 115189142/00001 - 7 (7) registros

Tipo de referência
APÓLICE

Proposta
115189142

Aplica
00001



Alterar Visão

Filtrar

Data	Tipo Modelo	Descrição	Usuário	Privado	Aviso
02/07/2021 22:08	9990 (Lote)	Suplemento	PC282BR	Publico	0
10/06/2021 08:07	9596 (Correspondência)	SMS	FGPR5MS	Publico	00/00/0000
09/06/2021 02:03	60 (Lote)	Benef. Final - CPF: 03043148460	BE05BO02	Publico	0
09/06/2021 01:13	9240 (Imagem)	Allianz Saúde - Cartão do Segurado	DLGPDF	Publico	00/00/0000
08/06/2021 22:08	9989 (Lote)	Nova Produção	BE01637	Publico	0
08/06/2021 14:31	9240 (Imagem)	CARTÃO 1151891420000101 MARICELIA FERREIRA L	DLGAFP	Publico	00/00/0000

No campo Modelo/Descrição você deverá utilizar os números conforme cada processo.
Exemplo: Imagem 183 – Inclusão de mediservice

Anexar Documentos - Google Chrome
br.intrallianz.com/drsi20/main/control.do

ANEXAR DOCUMENTOS - LI

Consulta Utilizadores

DOCUMENTAÇÃO

Referência P-Apólice 115189142 00001

Modelo/Descrição 145 Saúde: Solicitação de exclusão

Data 25/09/2022 16

Segurança/Utilizador 50020 BE01637

Confidencial Não LOPD Não

DADOS DO AVISO

ANEXAR DOCUMENTOS

Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Esvaziar Lista

OBSERVAÇÕES

Texto

Salvar Cancelar

Agora que você já sabe o **Numero da Apólice** e o **Item** e já sabe os números das imagens e como indexar, siga para o passo 5.2.

Lembrete: Você poderá indexar o formulário de alteração na ficha de gestão do item antes ou depois de realizar o endosso de alteração.

5.2. REALIZANDO ENDOSSO DE ALTERAÇÃO NO ALLIANZNET

No AllianzNet selecione **Vendas -> Endossos -> Endosso**.

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECCHIO RODRIGUES

Tempo sessão: 09:30
Último acesso:
23/09/2022 14:18:31

CORRETORA DE SEGUROS L...

Vendas Consultas Gestão

Cotações Endossos Gestão Renovações

Endosso
Cancelamento

Informe o número da proposta/apólice e o item e clique em **Selecionar**.

Corretor principal: 6500109
(S) 171-L/6500109/0000 - MARCELO DEL VECC...

Tempo sessão: 28:43
Último acesso:
23/09/2022 14:18:31

CORRETORA DE S...

Vendas Consultas Gestão

Pesquisar ...

NOVA COTAÇÃO

Início > Apólice

ALTERAÇÃO DE APÓLICE

APÓLICE			
Apólice	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>
Proposta	<input type="text"/>	Item	<input type="text"/>

Brasil 2022

WM | Topo

Agora clique em **Aceitar!**



Pesquisar ...



NOVA COTAÇÃO

Início > Apólice

ALTERAÇÃO DE APÓLICE



APÓLICE

Apólice	0515-2022-53-87-000092	Item	
Proposta	115689906	Item	

> Limpar

OPERATIVAS

Operativas

> Aceitar

Brasil 2022

WM | Topo

Nesta tela clique em **Avançar!**

Dados Básicos



Proposta/Item

Dados do Contratante

Dados a Endossar

Data vigência alter.

25/09/2022



D. Gerais

Atores Envolvidos

CNPJ do Estipulante

05194443000184

Nome do Estipulante

MACLAN PATRIMONIAL LTDA

Avançar


Brasil 2022



> lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo


5.2.1. ALTERAÇÃO DE PLANO


Para realizar Alteração de Plano, clicar no **Lapis** do Titular













Início > Tren



Dados Básicos 




 



Proposta/Item 

Listagem de pessoas seguradas 


№	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	26048096801	Titular	F	14/04/1964			
2	12657661858	Cônjuge	M	07/05/1969			
3	26048096801	Filho(a)	M	17/09/1997			
4	21691819115	Filho(a)	F	17/11/2001			


 


Voltar  **Avançar**  **Adicionar Segurado** 

Voltar  **Avançar** 

Após clicar no lapis do titular será habilitado a seção **Informações Segurado**, para seguir basta clicar em **Aceitar**.

Dados Básicos 


Proposta/Item 

Informações Segurado 

CPF/CNPJ

26048096801

Doc. Alternativa


Registo Geral (Carteira de Identidade)  31229012850

Menor


Nome




ELAINE FONSECA DE SANTANA MELO

Sexo

Feminino 

Data de Nascimento

14/04/1964 

Pesquisar  **Abandonar**  **Aceitar** 

Na seção Dados do segurados, alterar o Plano.

Início > Tren

Dados Básicos

DADOS DO SEGURADO

CPF: 26048096801 | Nome *: ELAINE FONSECA DE SANTANA MELO | Data de Nascimento *: 14/04/1964 | Parentesco *: Titular | Data de Casamento: dd/mm/yyyy | Sexo: Feminino Masculino

Cartão Nacional de Saúde *: 704507302700314 | Subestipulante *: 1 - TURBO ENERGY COMPRESSORES DO BRASIL EIRELI | Plano *: 0006-Excellence-0010-479790186 | Data Início de Vigência *: 01/04/2007

Data de Admissão na Empresa *: 01/04/2007 | Centro de Custo: 1314 | RE de Funcionário: 5560192800 | Departamento: | Tem Plano Anterior?: | 0003-Special-0010-479788184 | 0006-Excellence-0010-479790186 | 0017-Excellence-10-0010-479790186 | 0021-SPECIAL-0010-479790186

Portabilidade de Carências: | Nº Protocolo RN438: | Tipo de Exclusão: | Data Fim de Vigência: dd/mm/yyyy | Contribuinte: | Tem Interesse no Plano de Extensão?: | Período de Contribuição Inicial: dd/mm/yyyy | Período de Contribuição Final: dd/mm/yyyy | Extensão do Segurado *: Ativo | Data Alteração Extensão: dd/mm/yyyy | Inclusão Dependentes no Plano de Extensão: |

REDES MÉDICAS

Rede Médica: | Prioridade: | [Incluir Rede Médica](#)

Rede Médica	Prioridade	Eliminar
EXCELLENCE	Principal	

[Avançar](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Feito a alteração de plano, avance as telas até chegar na tela de Confirmação de Emissão do Pedido conforme abaixo.

Proposta/Item

Pedido pendente de aceitação

A Proposta 115689906 / 2 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
601	Entrega da documentação obrigatória
613	Aguardando Retorno da DPS

Documentos

Documentação disponível

[Proposta de Alteração](#)


Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo



Lembrete: Não se esqueça de indexar o Formulário de Alteração na ficha de gestão do Item na imagem 179-Alteração de Plano.


5.2.2. ALTERAÇÃO DE SUBESTIPULANTE


Para realizar Alteração de Subestipulante clique no **Lapis** do titular.













Início > Tren



Dados Básicos 




 



Proposta/Item 

Listagem de pessoas seguradas 


№	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	26048096801	Titular	F	14/04/1964			
2	12657661858	Cônjuge	M	07/05/1969			
3	26048096801	Filho(a)	M	17/09/1997			
4	21691819115	Filho(a)	F	17/11/2001			


 


Voltar  **Avançar**  **Adicionar Segurado** 

Voltar  **Avançar** 

Após clicar no lapis do titular será habilitado a seção **Informações Segurado**, para seguir basta clicar em **Aceitar**.

Dados Básicos 


Proposta/Item 

Informações Segurado 

CPF/CNPJ

26048096801

Doc. Alternativa


Registo Geral (Carteira de Identidade)  31229012850

Menor


Nome




ELAINE FONSECA DE SANTANA MELO

Sexo

Feminino 

Data de Nascimento

14/04/1964 

Pesquisar  **Abandonar**  **Aceitar** 

Na seção Dados do segurados, alterar o **Subestipulante**.

Início > Tren

Dados Básicos

DADOS DO SEGURADO

CPF: 26048096801 | Nome *: ELAINE FONSECA DE SANTANA MELO | Data de Nascimento *: 14/04/1964 | Parentesco *: Titular | Data de Casamento: dd/mm/yyyy | Sexo: Feminino Masculino

Cartão Nacional de Saúde *: 704507302700314 | Subestipulante *: **1 - TURBO ENERGY COMPRESSORES DO BRASIL EIRELI** | Plano *: 0006-Excellence-0010-479790186 | Data Início de Vigência *: 01/04/2007

Data de Admissão na Empresa *: 01/04/2007 | Cargo: | Departamento: | Tem Plano Anterior?:

Portabilidade de Carências: | Data de Desligamento da Empresa: dd/mm/yyyy | Data Fim de Vigência: dd/mm/yyyy | Contribuintário: | Incluir Rede Médica

Tem Interesse no Plano de Extensão?: | Período de Contribuição Inicial: dd/mm/yyyy | Período de Contribuição Final: dd/mm/yyyy | Extensão do Segurado *: Ativo | Data Alteração Extensão: dd/mm/yyyy | Inclusão Dependentes no Plano de Extensão: | Avançar

REDES MÉDICAS

Rede Médica: | Prioridade: | Incluir Rede Médica

Rede Médica	Prioridade	Eliminar
EXCELLENCE	Principal	

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Feito a alteração de subestipulante, avance as telas até chegar na tela de Confirmação de Emissão do Pedido conforme abaixo.

Proposta/Item

Pedido pendente de aceitação

A Proposta 115689906 / 2 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
601	Entrega da documentação obrigatória
613	Aguardando Retorno da DPS

Documentos

Documentação disponível

[Proposta de Alteração](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Lembrete: Não se esqueça de indexar o Formulário de Alteração na ficha de gestão do Item na imagem 7448 – Alterações cadastrais

5.2.3. INCLUSÃO DE REDE MEDISERVICE

Para Incluir Rede Mediservice clique no **Lapis** do Titular.

Início > Tren

Dados Básicos

Proposta/Item

Listagem de pessoas seguradas

№	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	26048096801	Titular	F	14/04/1964			
2	12657661858	Cônjuge	M	07/05/1969			
3	26048096801	Filho(a)	M	17/09/1997			
4	21691819115	Filho(a)	F	17/11/2001			

[Voltar](#) [Avançar](#) [Adicionar Segurado](#)

[Voltar](#) [Avançar](#)

Após clicar no lapis do titular será habilitado a seção **Informações Segurado**, para seguir basta clicar em **Aceitar**.

Dados Básicos

Proposta/Item

Informações Segurado

CPF/CNPJ

Doc. Alternativa

Registo Geral (Carteira de Identidade)

Menor

Nome

Sexo

Feminino

Data de Nascimento

[Pesquisar](#) [Abandonar](#) [Aceitar](#)

Na seção Redes Médicas selecione Mediservice no campo Rede Médica, clicar em **Incluir rede medica** e em seguida clicar em **Avançar**.

Início > Tren

Dados Básicos

DADOS DO SEGURADO

CPF: 2604896801 | Nome: ELAINE FONSECA DE SANTANA MELO | Data de Nascimento: 14/04/1964 | Parentesco: Titular | Data de Casamento: dd/mm/yyyy | Sexo: Feminino Masculino

Cartão Nacional de Saúde: 704507302700314 | Substipulante: 1 - TURBO ENERGY COMPRESSORES DO BRASIL EIRELI | Plano: 0006-Excellence-0010-479790186 | Data Início de Vigência: 01/04/2007

Data de Admissão na Empresa: 01/04/2007 | Centro de Custo: 1314 | RE de Funcionário: 5560192800 | Cargo: | Departamento: | Tem Plano Anterior? |

Portabilidade de Carências: | Nº Protocolo RN438: | Tipo de Exclusão: | Data de Desligamento da Empresa: dd/mm/yyyy | Data Fim de Vigência: dd/mm/yyyy | Contribuinte: |

Tem Interesse no Plano de Extensão? | Período de Contribuição Inicial: dd/mm/yyyy | Período de Contribuição Final: dd/mm/yyyy | Extensão do Segurado: Ativo | Data Alteração Extensão: dd/mm/yyyy | Inclusão Dependentes no Plano de Extensão: |

REDES MÉDICAS

Rede Médica: **MEDSERVICE** | Prioridade: | **Incluir Rede Médica**

EXCELLENCE | Principal | **Avançar**

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Feito a inclusão de rede mediservice, avance as telas até chegar na tela de Confirmação de Emissão do Pedido, conforme abaixo.

Proposta/Item

Pedido pendente de aceitação

A Proposta 115689906 / 2 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
601	Entrega da documentação obrigatória
613	Aguardando Retorno da DPS

Documentos

Documentação disponível

Proposta de Alteração


Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo



Lembrete: Não se esqueça de indexar o Comprovante de endereço do titular e Formulário de Alteração na ficha de gestão do Item na imagem 183- Inclusão de Mediservice.


5.2.4. ITERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (TITULARES E DEPENDENTES)


Para alterar Dados Pessoais de Titulares ou Dependentes é só clicar no **Lapis** do respectivo segurado que deseja realizar as alterações.
















Início > Tren




Dados Básicos 



 

Proposta/Item 


Listagem de pessoas seguradas 


№	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	26048096801	Titular	F	14/04/1964			
2	12657661858	Cônjuge	M	07/05/1969			
3	26048096801	Filho(a)	M	17/09/1997			
4	21691819115	Filho(a)	F	17/11/2001			


  

Após clicar no lapis do titular ou dependente será habilitado a seção **Informações Segurado**, para seguir basta clicar em **Aceitar**.

Dados Básicos 

Proposta/Item 

Informações Segurado 


CPF/CNPJ




Doc. Alternativa

Menor

Nome

Sexo

Data de Nascimento
 

Na seção Dados do Segurado alterar os dados pessoais que estiverem habilitados para edição e em seguida clicar em **Avançar**.

Dados Básicos
🏠

DADOS DO SEGURADO

CPF	Nome *	Data de Nascimento *	Parentesco *	Data de Casamento	Sexo
<input type="text" value="06737358853"/>	<input type="text" value="DANIEL MIRANDA"/>	<input type="text" value="11/05/1977"/>	<input type="text" value="Titular"/>	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>	<input type="radio"/> Feminino <input checked="" type="radio"/> Masculino
Cartão Nacional de Saúde *	Subestipulante *	Plano *	Data Início de Vigência *		
<input type="text" value="707409078467671"/>	<input type="text" value="1 - TURBO ENERGY COMPRESSORES DO BRASIL EIRELI"/>	<input type="text" value="0003-Special-0010-479788184"/>	<input type="text" value="01/02/2013"/>		
Data de Admissão na Empresa *	Centro de Custo	RE de Funcionário	Cargo	Departamento	Tem Plano Anterior?
<input type="text" value="01/02/2013"/>	<input type="text" value="1313"/>	<input type="text" value="266646"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portabilidade de Carências	Nº Protocolo RN438	Tipo de Exclusão	Data de Desligamento da Empresa	Data Fim de Vigência	Contribuinte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>	<input type="text"/>
Tem Interesse no Plano de Extensão?	Período de Contribuição Inicial	Período de Contribuição Final	Extensão do Segurado *	Data Alteração Extensão	Inclusão Dependentes no Plano de Extensão
<input type="text"/>	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>	<input type="text" value="Ativo"/>	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>	<input type="text"/>

REDES MÉDICAS

Rede Médica	Prioridade
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rede Médica	Prioridade	Eliminar
SPECIAL	Principal	

Nas próximas telas clique em Aceitar até chegar na tela de Clientes.

Nesta tela de clientes altere os Dados Pessoais, Dados de Contatos e Dados Socio Econômicos que estiverem habilitados para edição e em seguida clique em **Avançar**.

Início > Tren
🏠

Dados Básicos
🏠

Proposta/Item

Dados Pessoais do Segurado

CNPJ / CPF	
<input type="text" value="06737358853"/>	
Doc. Alternativa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data Expedição	Órgão Emissor
<input type="text" value="01/01/1900"/>	<input type="text"/>
Nome Sobrenome1 / Sobrenome2 / Nome	
<input type="text" value="DANIEL MIRANDA"/>	
D. Nascimento	
<input type="text" value="11/05/1977"/>	
Tipo de Cliente	
<input type="text" value="Pessoa Física"/>	

Dados de Contato

Endereço	
Endereço	<input type="text" value="ENGENHEIRO TASSO PINHE. 2320 -"/>
Avenida	

Cidade: 9295 JUNDIAI Estado: 26 SAO PAULO

C.R./Designação: DDD/Tif. Residencial: 11 981022090 Celular: Celular: E-mail: mariceila.lopez@allianz.com.br

Dados Socioeconômicos e Sociodemográficos

Sexo: Masculino Estado Civil: Casado Profissão: Agrônomo Isenção IOF: Não Nome da Mãe: ANA MARIA FERREIRA Renda Mensal: De R\$ 1.501,00 Até R\$3.000,00

[Voltar](#) [Avançar](#)

Após passar pelas telas de Dados do Segurado e Cliente, sistema retorna para seção Listagem de Pessoas Seguradas novamente.

Dados Básicos

Proposta/Item

Listagem de pessoas seguradas

↑ No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento < >		
1	35939157823	Titular	F	16/05/1989			
2	30053038886	Companheiro(a)	M	05/02/1982			
3		Filho(a)	M	12/08/2022			

[Voltar](#) [Avançar](#) [Adicionar Segurado](#)

[Voltar](#) [Avançar](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Feito as alterações dos Titulares e Dependentes, clicar em **Avançar** até chegar na tela de Confirmação de Emissão do Pedido.

Proposta/Item ▼

Pedido pendente de aceitação ▲

A Proposta 115689906 / 2 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios ▲

Código	Descrição
601	Entrega da documentação obrigatória
613	Aguardando Retorno da DPS

Documentos ▲

Documentação disponível

[Proposta de Alteração](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Lembrete: Não se esqueça de indexar o documento referente às alterações (RG, CNH, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento) e o Formulário de Alteração na ficha de gestão do Item na imagem 7448 – Alterações cadastrais

5.2.5. ITERAR DADOS BANCÁRIOS

Para alterar os Dados Bancários do Titular, não é necessário clicar no lapis, basta clicar em **Avançar**.

Início > Tren

Dados Básicos

Proposta/Item ▼

Listagem de pessoas seguradas ▲

§ No.	CPF/CNPJ	Parentesco	Sexo	Data Nascimento			
1	26048096801	Titular	F	14/04/1964			
2	12657661858	Cônjuge	M	07/05/1969			
3	26048096801	Filho(a)	M	17/09/1997			
4	21691819115	Filho(a)	F	17/11/2001			

Voltar >
Avançar >
Adicionar Segurado >

< Voltar
Avançar >

Nesta tela, cadastrar ou alterar os dados bancários, clique em **Confirmar** e em seguida clique em **Avançar** até chegar na tela de Confirmação de Emissão do Pedido.

Início > Tren

Dados Básicos | Emissão |

Proposta/Item

Dados Gerais

CPF/CNPJ Estipulante
13613074000145

Dados Bancários

CC Reembolso

Titular

Núm. Identificação Nome do Titular

Doc. Alternativa

Tipo de Conta

Banco / Agência / DCO

N. de Conta/DCC

[Edição](#) [Confirmar](#)

Documentação

[Voltar](#) [Avançar](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Proposta/Item

Pedido pendente de aceitação

A Proposta 115689906 / 2 permanecerá bloqueada e será analisada após indexação da documentação obrigatória.

Listagem de bloqueios

Código	Descrição
601	Entrega da documentação obrigatória
613	Aguardando Retorno da DPS

Documentos

Documentação disponível

[Proposta de Alteração](#)

Brasil 2022 > lg | > md | > sm | > xs | > Desktop | > Imprimir | > Topo

Lembrete: Não se esqueça de indexar o Formulário de Alteração na ficha de gestão do Item na imagem 7555-Alteração Dados bancários

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

6.1. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

6.1.1. INCLUSÕES DE FUNCIONÁRIOS CLTs

- Vínculo Empregatício carimbado e assinado pela empresa e colaborador. **Importante:** Contrato de Experiência e/ou Contrato de Trabalho não serão aceito como documento comprobatório de vínculo empregatício.
 - Extrato Analítico Guia de Recolhimento ao FGTS (GFIP - Guia de Recolhimento do FGTS - atualizado ou CAGED - Cadastro Geral de Empregados).
 - CTPS – Carteira de Trabalho Física ou digital: Onde conste, a Qualificação Civil e Registro do Funcionário, devidamente, assinada pelo funcionário e empregador, sob Carimbo da Empresa Contratante.
 - E-social (Sistema de registro, elaborado pelo Governo Federal).
- Vínculo com o dependente (Certidão de Casamento, Convívio Marital, Certidão de Nascimento, etc.)
- Documento pessoal (RG ou CNH).

6.1.2. INCLUSÕES DE ESTAGIÁRIOS E APRENDIZES

- Proposta de Contratação preenchida e assinada eletronicamente;
- Cópia do Termo de Compromisso de Estágio, assinado pela instituição de ensino superior, estagiário e representante legal da empresa Estipulante.
- Cópia do Contrato de Aprendiz, assinado pelo Aprendiz e representante legal da empresa Estipulante.

6.1.3. INCLUSÕES DE SÓCIOS/ADMINISTRADORES

- Proposta de Contratação preenchida e assinada eletronicamente;
- Cópia da última alteração do Contrato Social, Estatuto Social, quadro de acionistas, Boletim de Subscrição ou qualquer outro documento registrado na Junta Comercial que ateste quem são os atuais sócios/acionistas da empresa.

6.1.4. INCLUSÕES DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

IMPORTANTE: Não há aceitação para prestadores de serviços pessoa física. (Aceitação exclusiva para prestadores Pessoa Jurídica).

- Proposta de Contratação preenchida e assinada eletronicamente;
- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços entre as partes (com exclusividade entre as partes).
 - Cópia da última alteração do Contrato Social da empresa contratada e quando não possuir, enviar o Registro na Junta Comercial.
- Cópia do Cartão CNPJ.
- Cópia de documento oficial (RG ou CNH).

6.1.5. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

- Proposta de Contratação preenchida e assinada eletronicamente;

- Documento pessoal (RG ou CNH).
- Cópia de documento que comprove o vínculo com o titular (Certidão de Casamento, Declaração de União Estável, Certidão de Nascimento, etc.);
- Em casos de adoção, encaminhar cópias da Certidão de Nascimento, do Termo de Guarda ou Decisão judicial;
- Para enteados, encaminhar cópia da Certidão Nascimento ou RG e cópia da Certidão de Casamento/Declaração de União Estável do casal responsável.

6.1.6. ALTERAÇÃO DE PLANO

Documentos listados deverão ser encaminhados com antecedência mínima de 30 dias do mês de aniversário da apólice.

- Encaminhar vínculo empregatício que comprove a promoção do segurado ou Cartão Proposta para alteração de plano (Up Grade ou Down Grade) no aniversário da apólice.

6.1.7. EXCLUSÕES DE TITULARES E DEPENDENTES

Para as exclusões de segurados que perderam o vínculo com o Estipulante ou perderam o grau de dependência, apresente os documentos que comprovam tal condição:

- Formulário de Exclusão disponível na Allianznet Corretor, totalmente preenchido e sem rasuras, assinado por ambas as partes (estipulante e segurado) e com o carimbo do empregador;
- Cópia da Rescisão Contratual do segurado, assinada por ambas as partes (estipulante e segurado).

IMPORTANTE: É obrigatório o preenchimento da opção do segurado (exclusão ou extensão – para os casos em que for possível a extensão).

As exclusões **SÓ PODEM SER REALIZADAS PARA DATA FUTURA**, ou seja, não é possível realizar uma exclusão de segurado com data retroativa, pois o faturamento já foi emitido e a cobertura disponibilizada, veja os exemplos:

EXEMPLO 1 – Exclusão antes da emissão do faturamento

- Vigência da apólice: 01/10/2015;
- Data solicitação de exclusão: 20/01/2021 (de acordo com a data de corte publicada no calendário Allianz Saúde);
- Data de emissão do faturamento conforme calendário: 25/01/2021;

A exclusão será realizada a partir de 01/02/2021.

EXEMPLO 2 - Exclusão após a emissão do faturamento

- Vigência da apólice: 01/10/2015;
- Data solicitação de exclusão: 29/01/2021;
- Data de emissão do faturamento conforme calendário: 25/01/2021;

A exclusão será realizada a partir de 01/02/2021, mas ainda constará a cobrança do seguro da fatura da competência 02/2021 já emitida. A devolução do prêmio cobrado no mês 02/2021 será realizada na fatura da competência 03/2021, sem possibilidade de antecipação desta devolução.

6.1.8. DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA OS CASOS DE EXTENSÃO

Para os casos em que a opção do segurado for pela extensão e ele preencher os critérios de contribuição, todos os campos do formulário deverão ser preenchidos. As solicitações de extensão

com início de vigência retroativa só serão efetivadas mediante a aprovação formal do segurado, por escrito, por meio de e-mail ou carta de próprio punho, com a ciência da cobrança retroativa.

- Carta de Contribuição em Operadora anterior, caso o segurado tenha contribuído em outra operadora além da Allianz Saúde;
- Cópia da rescisão contratual carimbada e assinada;
- Cópias dos 3 últimos holerites, para fins de comprovação da contribuição;
- Cópia de Carta de Concessão de Aposentadoria emitido pelo INSS (quando aposentado).

6.1.9. ALTERAÇÕES NO PME (RAMO 202)

- Documentos que comprovam a alteração

6.2. ORIENTAÇÕES GERAIS

6.2.1. LISTA DE NOTAS/IMAGENS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA INDEXAÇÃO DOS DOCUMENTOS

- 145 - Exclusão de segurados ou processo de extensão de plano (inativos).
- 179 - Alteração de Cobertura (Plano).
- 183 - Inclusão da Rede Mediservice.
- 272 - Análise Comercial.
- 514 - Acesso ao e-Cliente.
- 7448 - Alterações cadastrais.
- 7555 - Cadastro ou alteração de Dados Bancários.
- 182 - Cartão Proposta de Prestador de Serviços.

6.2.2. PRAZO DE ANÁLISE

Após receber a Proposta de Contratação preenchida e assinada eletronicamente e os demais documentos o prazo para a efetivação da inclusão é de até 5 dias úteis.

6.2.3. INÍCIO DE VIGÊNCIA - ORIENTAÇÕES

O início de vigência de um segurado sempre segue o mesmo dia de vigência da apólice (dia 1 ou 15, por exemplo), portanto, a inclusão de um novo segurado deverá ser realizada considerando esta condição. Não é possível realizar inclusão com início de vigência retroativa ao mês corrente e, após a emissão do faturamento, uma nova inclusão só pode ser realizada com início de vigência futura, por exemplo:

EXEMPLO 1 – Inclusão antes da emissão do faturamento

- Vigência da apólice: 01/10/2015;
- Data da solicitação de inclusão: 20/01/2021;
- Data de emissão do faturamento conforme calendário: 25/01/2021;

A inclusão pode ser realizada pelo Corretor com início de vigência em 01/01/2021 ou 01/02/2021 (na primeira opção, a cobrança do prêmio ocorrerá no faturamento do mês seguinte).

EXEMPLO 2 – Inclusão após a emissão do faturamento

- Vigência da apólice: 01/10/2015;
- Data solicitação de inclusão: 30/01/2021;
- Data de emissão do faturamento conforme calendário: 25/01/2021;

A inclusão pode ser realizada pelo Corretor com início de vigência em 01/02/2021, não sendo possível retroagir a 01/01/2021.

Para inclusões de novos dependentes em um grupo familiar já ativo, o processo e as datas de corte seguem o mesmo padrão.

6.2.4. CRÍTICAS QUE PODEM SER GERADAS DURANTE O PROCESSO

- Se a crítica for da área médica, o retorno deverá ser na Nota 454.
- Se a crítica for da área de operações, o retorno da crítica deverá ser na Nota 7000.
- Se a crítica for da área jurídica, o retorno deverá ser na Nota 450.