



Pessoa Física

Data:

Operadora:

Plano:

Vigência:

Dados do Corretor

Corretor(a) (Nome completo):

CPF:

E-mail:

Celular:

Supervisor:

Caso já seja cadastrado(a): **Código SIS:** **Login:** **Senha:**

Dados Cadastrais do Titular

Nome completo:

RG:

CPF:

Data Nasc.:

Sexo:

Nome da Mãe:

Estado Civil:

Endereço Residencial:

Nº:

CEP:

Bairro:

Município:

Estado:

E-mail:

Tel. (fixo):

Celular:

Cartão SUS:

Dependentes (Quantos?):

Possui plano anterior? Sim Não

Dados do Responsável Legal (Caso o titular seja menor de 18 anos)

Nome do responsável:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor:

Data de nascimento:

Estado Civil:

Parentesco:

Documentação Titular:

- RG/CNH;
- CPF;
- Comprovante de endereço recente;
- CNS;
- Carta de permanência;
- Carteira do plano anterior;
- 3 últimos boletos com comprovante.

Documentação Dependentes:

- RG/CNH;
- CPF;
- CNS;
- Comprovação de vínculo com o titular;
- Carta de permanência;
- Carteira do plano anterior;
- 3 últimos boletos com comprovante.

O plano pode ter cobertura LOCAL, ESTADUAL e NACIONAL a escolha deve ser baseada a possibilidade de utilização em relação ao custo.

Essa página serve para definir os produtos e demais informações para concluir sua proposta online. **O Formulário ONLINE** é uma ferramenta de preenchimento rápido que foi desenvolvido para agilizar o processo de implantação. Para maiores informações sobre esse formulário ligue **(11) 3123-3000.**



Novidade é ter afinidade.

Mande-nos um WhatsApp:

Suporte ao Corretor São Paulo
 11 3123-3009

Suporte ao Corretor Rio de Janeiro
 21 98365-7895

Atendimento Comissões
 11 3123-3007

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