

AGF Saúde

DADOS DA EMPRESA

Razão Social: _____

CNPJ: _____ Atividade principal da empresa: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ -

Tel.:() _____ Fax: () _____ E-mail: _____

Contato: _____ Cargo: _____

TABELA DE COTAÇÃO

Instruções de preenchimento:

- Inserir o número correspondente de vidas por faixa etária distribuindo-as por planos escolhidos. Em seguida, finalize somando os Subtotais por faixa etária e o Total Geral.
- Para solicitar cotações com uma mesma população em mais de um plano, informar apenas o número de vidas por faixa etária no campo Subtotal e posteriormente assinale com um X no quadro específico ao lado de cada plano para o qual deseja obter a cotação.
- Para solicitar cotações com alternativas de distribuição de massa por planos e faixas etárias, preencher apenas 1 (um) formulário completo (frente e verso) com a primeira alternativa, a razão social e a tabela para demais alternativas desejadas, em formulários adicionais.

Critério de Elegibilidade para inclusão de proponentes na Tabela de Cotação:

- Os proponentes a Segurado Titular, devem ter relação formal com o Estipulante, tais como, funcionários e sócios.
- Os proponentes a Segurado Dependente, restringem-se a cônjuge, companheiro(a), filhos, enteados e tutelados menores de 24 anos de idade.
- Para situações especiais que não se enquadram nas condições acima, solicitamos entrar em contato com a sua filial AGF.

Agregados e outras categorias, não devem ser incluídos na Tabela de Cotação.

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DO GRUPO PARA COTAÇÃO - FUNCIONÁRIOS E DEPENDENTES LEGAIS

Planos	Faixa Etária									
	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 +
Basic										
Maxi	<input type="checkbox"/>									
Spécial	<input type="checkbox"/>									
Supérieur	10 <input type="checkbox"/>									
	20 <input type="checkbox"/>									
	30 <input type="checkbox"/>									
Qualité	10 <input type="checkbox"/>									
	20 <input type="checkbox"/>									
	30 <input type="checkbox"/>									
	40 <input type="checkbox"/>									
	50 <input type="checkbox"/>									
Excellence	05 <input type="checkbox"/>									
	10 <input type="checkbox"/>									
	20 <input type="checkbox"/>									
	30 <input type="checkbox"/>									
	40 <input type="checkbox"/>									
	50 <input type="checkbox"/>									
	60 <input type="checkbox"/>									
	70 <input type="checkbox"/>									
	80 <input type="checkbox"/>									
Subtotal										
										Total Geral

IMPORTANTE:

Informar quantidade e idade dos proponentes que foram enquadrados na última faixa etária da Tabela de Cotação, utilizando o formato **Número x Idade**, separando com vírgula para cada conjunto da sequência (exemplo de preenchimento: 2 x 64, 1 x 69, 1 x 74, etc.).

INFORMAÇÕES DO GRUPO DE DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA - TITULARES E DEPENDENTES LEGAIS

Total masculino _____ Total feminino _____

Fator moderador? Sim Não Especifique: _____

CORRETOR

Nome/Razão Social: _____ Cód. SUSEP: _____ Cód. Interno AGF: _____

Tel.:() _____ E-mail: _____ Contato: _____

Qual a comissão para cotação? _____ Qual agenciamento? _____

A validade da Cotação é de 30 (trinta) dias.

Local: _____ Data: / / _____ Assinatura do Corretor: _____

Pedido de Cotação

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PARA COTAÇÃO

INFORMAÇÕES SOBRE A DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Especifique como está a distribuição geográfica, informando a quantidade de proponentes em cada região:

São Paulo: _____ Rio de Janeiro: _____
Belo Horizonte: _____ Porto Alegre: _____
Curitiba: _____ Brasília: _____
Salvador: _____ Goiânia: _____
Outras (quais?): _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Número de: Remidos _____
Aposentados _____
Afastados _____
Demitidos com direito ao plano _____

Número de empregados admitidos nos últimos 6 meses: _____

Número de empregados demitidos nos últimos 6 meses: _____

Número de titulares/dependentes grávidas nesta data: _____

Número de pacientes com internações ocorridas nos últimos seis meses para tratamento de: Câncer _____ Diabetes _____ Hipertensão _____
Doenças Renais _____ Doenças Cardíacas _____ Doenças Vasculares _____ Doenças Neurológicas _____ Doenças Infecto-contagiosas _____
Obesidade _____

Número de pacientes com tratamentos ambulatoriais ocorridos nos últimos seis meses nas seguintes condições:
Câncer (radioterapia ou quimioterapia) _____ Doenças Renais (diálise ou hemodiálise) _____
Cardíacas ou Vasculares (angioplastia) _____ Neurológicas ou Ortopédicas (fisioterapia) _____

INFORMAÇÕES SOBRE COBERTURAS

Quais operadoras estão sendo cotadas? _____
Qual é a operadora atual? _____
Há quanto tempo tem contrato com a operadora atual (em meses)? _____
Qual o motivo da cotação? _____
Existem grupos de colaboradores da empresa ou de alguma coligada que não façam parte desta cotação?
 Sim Não

FORMA DE CUSTEIO DO PLANO

Informar o regime de custeio do plano para cada segmento de beneficiário:

	Empresa (%)	Funcionário (%)
Titulares	_____	_____
Dependentes	_____	_____

SeguroContributário: é aquele em que os segurados custeiam os prêmios total ou parcialmente. O upgrade do plano básico oferecido pela empresa, bem como a aplicação de fatores moderadores não constituem contribuição para o plano.

POLÍTICA DE DESLIGAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

Exige cumprimento de aviso prévio? Sim Não
Possui Benefício Estendido*? Sim Não

(*) Benefício Estendido: quando por acordo coletivo, ou política particular, a empresa assegura o acesso à assistência médica ao empregado desvinculado por certo período determinado.

Declaramos serem verdadeiras as informações acima.

Nome legível do representante da empresa: _____ Cargo ou função: _____
Local: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____