

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE SUBESTIPULANTE

DADOS DO ESTIPULANTE			
NOME DO ESTIPULANTE	PROPOSTA	Nº ESTIPULANTE	INICIO DE VIGÊNCIA
CORRETOR:		SUSEP	TELEFONE ()

DADOS DO SUBESTIPULANTE	
RAZÃO SOCIAL	CNPJ
NOME FANTASIA (A SER GRAVADO NO CARTÃO)	C.N.A.E (COD RAMO ATIVIDADE)
E-MAIL DO SUBESTIPULANTE	

ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA				
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE ()

REPRESENTANTE LEGAL				
NOME			CPF	
RG	ÓRGÃO EMISSOR	DATA EXPEDIÇÃO	SE ESTRANGEIRO INFORMAR PASSAPORTE	DATA DE NASCIMENTO
IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO/ATIVIDADE	
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE ()

INFORMAÇÕES DE COBRANÇA				
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE ()

FORMA DE ADESÃO		
<input type="checkbox"/> 100% FGTS	<input type="checkbox"/> 100% CATEGORIA PROFISSIONAL	<input type="checkbox"/> 100% PLANO ANTERIOR

DECLARAÇÃO DO SUBESTIPULANTE

Por meio desta, por seu representante legal ao final assinado, em conformidade com o art. 23 da Resolução Normativa n. 195/2009, a Empresa abaixo qualificada, na qualidade de Subestipulante, resolve contratar diretamente com a seguradora, plano de seguro saúde coletivo empresarial, na condição de reunião de empresas.

E, por livre vontade, nomeia e constitui a empresa Estipulante, que segue qualificada e assina ao final, como sua procuradora, investida de poderes específicos para representá-la perante a Porto Seguro - Seguro Saúde em todo e qualquer assunto relacionado ao contrato de seguro saúde, inclusive poderes para isoladamente solicitar inclusão e exclusão de segurados, solicitar o cancelamento do contrato e praticar todo e qualquer ato necessário para a execução do contrato.

O presente mandato tem validade enquanto estiver vigente o contrato de seguro.

Todas as condições gerais do seguro, coberturas contratadas, preço, forma de pagamento, reajuste da mensalidade, aplicação de reajuste por sinistralidade, carências, critérios de coparticipação ou contributividade serão aplicados igualmente para a Estipulante principal nomeada e para a subestipulante, estando as pessoas jurídicas contratantes plenamente de acordo e comprometendo-se a respeitá-las por si e seus sucessores.

NA HIPÓTESE DE CANCELAMENTO POR INICIATIVA DA ESTIPULANTE OU DA SEGURADORA, O PLANO DE SAÚDE SERÁ CANCELADO INTEGRALMENTE, INCLUINDO, TODAS AS EMPRESAS VINCULADAS AO CONTRATO.

Nome da Empresa Subestipulante:

CNPJ:
Endereço:

Nome da Empresa Estipulante:

CNPJ:
Endereço:

LOCAL E DATA

ESTIPULANTE

ASSINATURA DOS REPRESENTANTES LEGAIS SOB CARIMBO DA EMPRESA

SUBESTIPULANTE

CORRETOR

ASSINATURA DOS REPRESENTANTES LEGAIS SOB CARIMBO DA EMPRESA

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: 011 3366.3003 (Grande São Paulo) 0800.727.2800 (Demais localidades)
SAC: 0800.727.2762 (Reclamação, cancelamento e informação) 0800.727.8736 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) - ou acesse: www.portoseguro.com.br