



SIMULAÇÃO DE PROPOSTA

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº SIMULAÇÃO DE PROPOSTA

DADOS PESSOAIS PARA FINS DE SIMULAÇÃO (TITULAR)

ANS - nº36.825-3

Nome			
Nome da mãe		Data de Nascimento	
Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	
C.P.F. (anexar cópia)	RG (anexar cópia)	Data da expedição	Expedido por
Endereço residencial		Nº	Complemento
Bairro	Ponto de referência	Cidade	UF
CEP	Telefone Residencial	Celular	Telefone Comercial
E-mail	Plano Contratado		

DADOS DOS DEPENDENTES PARA FINS DE SIMULAÇÃO

1 Nome						
Nome da Mãe					Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado	
2 Nome						
Nome da Mãe					Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado	
3 Nome						
Nome da Mãe					Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado	
4 Nome						
Nome da Mãe					Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado	
5 Nome						
Nome da Mãe					Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado	
O Proponente/Titular e (os) Dependente(s) possui(em) ou possui(ram) plano/seguro saúde anterior?					Total da mensalidade R\$	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Com qual operadora/seguradora? Qual período? _____ / _____ / _____					Taxa de adesão R\$	
Tipo de plano e acomodação					Total geral R\$	
<input type="checkbox"/> NOSSO PLANO ENFERMARIA <input type="checkbox"/> NOSSO PLANO APARTAMENTO <input type="checkbox"/> MIX ENFERMARIA <input type="checkbox"/> MIX APARTAMENTO						

PROTOCOLO DE ENTREGA DA SIMULAÇÃO DA PROPOSTA

Simulação Nº

DADOS CORRETOR / REPRESENTANTE COMERCIAL		
Nome/Razão Social	Código do concessionária	Código do vendedor

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE TITULAR		
Estou ciente que esta simulação não consiste em uma adesão ao plano de saúde de HAPVIDA e que o preenchimento da mesma não caracteriza nenhum tipo de contrato entre as partes. Declaro ter plena consciência de que esta simulação não me dá qualquer tipo de cobertura/assistência médica, nem mesmo para urgência e emergência, e que serei convidado para assinatura da proposta de adesão diretamente na sede do plano.		
_____ LOCAL	_____ / _____ / _____ DATA	_____ ASSINATURA

ATENÇÃO: O CONSULTOR/CORRETOR NÃO ESTÁ AUTORIZADO A RECEBER NENHUMA TAXA OU VALOR EM NOME DO HAPVIDA. TODO E QUALQUER PAGAMENTO SÓ SERÁ REALIZADO NA SEDE DO HAPVIDA.

Entraremos em contato nos próximos 2 (dois) dias úteis para agendar a sua visita. Caso não tenha recebido nossa ligação dentro deste prazo, entre em contato conosco. Em caso de dúvidas sobre esta SIMULAÇÃO DE PROPOSTA, o HAPVIDA estará a sua disposição através do número 4002.3633, em horário comercial.



SIMULAÇÃO DE PROPOSTA

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº SIMULAÇÃO DE PROPOSTA

DADOS PESSOAIS PARA FINS DE SIMULAÇÃO (TITULAR)

ANS - nº36.825-3

Nome									
Nome da mãe								Data de Nascimento	
Idade	Sexo		Estado Civil						
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo		
C.P.F. (anexar cópia)			RG (anexar cópia)			Data da expedição		Expedido por	
Endereço residencial							Nº	Complemento	
Bairro			Ponto de referência			Cidade		UF	
CEP			Telefone Residencial		Celular		Telefone Comercial		
E-mail					Plano Contratado				

DADOS DOS DEPENDENTES PARA FINS DE SIMULAÇÃO

1 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado				
2 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado				
3 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado				
4 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado				
5 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Plano contratado				
O Proponente/Titular e (os) Dependente(s) possui(em) ou possui(ram) plano/seguro saúde anterior?								Total da mensalidade R\$	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Com qual operadora/seguradora? Qual período? _____ / _____ / _____								Taxa de adesão R\$	
Tipo de plano e acomodação								Total geral R\$	
<input type="checkbox"/> NOSSO PLANO ENFERMARIA <input type="checkbox"/> NOSSO PLANO APARTAMENTO <input type="checkbox"/> MIX ENFERMARIA <input type="checkbox"/> MIX APARTAMENTO									

PROTOCOLO DE ENTREGA DA SIMULAÇÃO DA PROPOSTA

Simulação Nº

DADOS CORRETOR / REPRESENTANTE COMERCIAL

Nome/Razão Social	Código do concessionária	Código do vendedor
-------------------	--------------------------	--------------------

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE TITULAR

Estou ciente que esta simulação não consiste em uma adesão ao plano de saúde de HAPVIDA e que o preenchimento da mesma não caracteriza nenhum tipo de contrato entre as partes. Declaro ter plena consciência de que esta simulação não me dá qualquer tipo de cobertura/assistência médica, nem mesmo para urgência e emergência, e que serei convidado para assinatura da proposta de adesão diretamente na sede do plano.

_____/_____/_____
LOCAL DATA ASSINATURA

ATENÇÃO: O CONSULTOR/CORRETOR NÃO ESTÁ AUTORIZADO A RECEBER NENHUMA TAXA OU VALOR EM NOME DO HAPVIDA. TODO E QUALQUER PAGAMENTO SÓ SERÁ REALIZADO NA SEDE DO HAPVIDA.

Entraremos em contato nos próximos 2 (dois) dias úteis para agendar a sua visita. Caso não tenha recebido nossa ligação dentro deste prazo, entre em contato conosco. Em caso de dúvidas sobre esta SIMULAÇÃO DE PROPOSTA, o HAPVIDA estará a sua disposição através do número 4002.3633, em horário comercial.



SIMULAÇÃO DE PROPOSTA

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº SIMULAÇÃO DE PROPOSTA

DADOS PESSOAIS PARA FINS DE SIMULAÇÃO (TITULAR)

ANS - nº36.825-3

Nome									
Nome da mãe								Data de Nascimento	
Idade		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo					
C.P.F. (anexar cópia)			RG (anexar cópia)			Data da expedição		Expedido por	
Endereço residencial							Nº	Complemento	
Bairro			Ponto de referência			Cidade			UF
CEP			Telefone Residencial		Celular		Telefone Comercial		
E-mail					Plano Contratado				

DADOS DOS DEPENDENTES PARA FINS DE SIMULAÇÃO

1 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF		Idade	Sexo	Estado Civil		Parentesco	Plano contratado		
2 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF		Idade	Sexo	Estado Civil		Parentesco	Plano contratado		
3 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF		Idade	Sexo	Estado Civil		Parentesco	Plano contratado		
4 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF		Idade	Sexo	Estado Civil		Parentesco	Plano contratado		
5 Nome									
Nome da Mãe								Data de Nascimento	
CPF		Idade	Sexo	Estado Civil		Parentesco	Plano contratado		
O Proponente/Titular e (os) Dependente(s) possui(em) ou possui(ram) plano/seguro saúde anterior?								Total da mensalidade R\$	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Com qual operadora/seguradora? Qual período? _____ / _____ / _____								Taxa de adesão R\$	
Tipo de plano e acomodação								Total geral R\$	
<input type="checkbox"/> NOSSO PLANO ENFERMARIA <input type="checkbox"/> NOSSO PLANO APARTAMENTO <input type="checkbox"/> MIX ENFERMARIA <input type="checkbox"/> MIX APARTAMENTO									

PROTOCOLO DE ENTREGA DA SIMULAÇÃO DA PROPOSTA

Simulação Nº

DADOS CORRETOR / REPRESENTANTE COMERCIAL

Nome/Razão Social		Código do concessionária		Código do vendedor	
-------------------	--	--------------------------	--	--------------------	--

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE TITULAR

Estou ciente que esta simulação não consiste em uma adesão ao plano de saúde de HAPVIDA e que o preenchimento da mesma não caracteriza nenhum tipo de contrato entre as partes. Declaro ter plena consciência de que esta simulação não me dá qualquer tipo de cobertura/assistência médica, nem mesmo para urgência e emergência, e que serei convidado para assinatura da proposta de adesão diretamente na sede do plano.

_____ / _____ / _____
LOCAL DATA ASSINATURA

ATENÇÃO: O CONSULTOR/CORRETOR NÃO ESTÁ AUTORIZADO A RECEBER NENHUMA TAXA OU VALOR EM NOME DO HAPVIDA. TODO E QUALQUER PAGAMENTO SÓ SERÁ REALIZADO NA SEDE DO HAPVIDA.

Entraremos em contato nos próximos 2 (dois) dias úteis para agendar a sua visita. Caso não tenha recebido nossa ligação dentro deste prazo, entre em contato conosco. Em caso de dúvidas sobre esta SIMULAÇÃO DE PROPOSTA, o HAPVIDA estará a sua disposição através do número 4002.3633, em horário comercial.