

Vendas

ON-LINE



MANUAL BENEFICIÁRIO





01

O Beneficiário irá receber um email do seu corretor, onde deverá acessar o link "minha proposta", inserindo na pagina posterior o número do CPF e a SENHA fornecida



P propostaonline@vallorbeneficios.com.br
Proposta
NOTIFICAÇÃO OIá. [REDACTED]

Obrigado por te

Olá, [REDACTED]

Obrigado por ter escolhido a Vallor Administradora de Benefícios como seu parceiro de saúde.

Seu corretor [REDACTED] fez seu cadastro e iniciou uma proposta que você pode agora dar continuidade e finalizá-la.

É muito importante que você verifique os dados inseridos pelo corretor e finalize a proposta. A proposta só terá andamento após recebermos os dados confirmados por você.

Clique em **minha proposta** e use seu CPF para usuário e a senha **py6YIGad** para se autenticar.

Atenciosamente,
Equipe Vallor Administradora de Benefícios

Faça login para prosseguir! 

Usuário

Senha



02

Na tela de boas vindas e contratação, clique em AVANÇAR depois de ler os termos.

Informação sobre a contratação.



Obrigado por escolher a **Vallor Administradora de Benefícios** como seu parceiro para aquisição de Plano de Saúde.

Ao acessar e se cadastrar na Plataforma VALLOR, você declara ser no mínimo 18 (dezoito) anos, bem como atesta ser civilmente capaz para compreender, aceitar e cumprir os Termos de Uso, a Política de Privacidade, a Política de Proteção aos Direitos Autorais e o contrato.

Caso você **NÃO CONCORDE** com os presentes Termos, recomendamos que não prossiga com o cadastramento na Plataforma, bem como que se abstenha de acessá-la e utilizá-la.

A aceitação dos Termos de Uso, a Política de Privacidade, a Política de Proteção aos Direitos Autorais e a manifestação de vontade quanto ao Contrato se dará no ato do seu clique no botão "Eu li e concordo".

Caso reste alguma dúvida, após a leitura dos Termos e contrato, entre em contato conosco através do e-mail sac@vallorbeneficios.com.br.

EQUIPE
Vallor Administradora de Benefícios

Política de Privacidade e Termos de Uso
[Política de Privacidade](#)
[Termos de Uso](#)

AVANÇAR



Nesta tela, você deverá conferir seu dados e validar clicando em AVANÇAR. Havendo necessidade de ALTERAR OS DADOS, clique em EDITAR (A). Para acrescentar um beneficiário dependente, por exemplo, clique em "ADICIONAR BENEFICIÁRIO/PESSOA" (B)

Beneficiários/Pessoas.



Adicionar beneficiário/pessoa +



Beneficiário / Pessoa	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
		Contratante/Resp. Fin/Titular			



Pressione **Adicionar beneficiário/pessoa** para incluir uma pessoa, o sistema automaticamente identificará o tipo de pessoa a ser cadastrada.

Clique em  para conferir e se necessário modificar os dados cadastrais.



AVANÇAR

Leia com atenção toda a carta de orientação ao beneficiário quanto a "Declaração de Saúde" exigida pela ANS e clique em CIENTE para prosseguir



Declaração de saúde.



Leia com atenção o conteúdo da carta de orientação e pressione o botão ao fim da página.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado (a) Beneficiário (a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS

- www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.



LI E ESTOU CIENTE



Preencher os dados da "Declaração de Saúde" e clicar em AVANÇAR.

Declaração de saúde.



⌄ No preenchimento desta declaração, o Sr(a) tem as alternativas de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso este em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

- 1 - Desejo ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha
- 2 - Desejo ser orientado(a) por médico(a) designado pela Operadora
- 3 - Dispensar a presença do médico(a) orientador para me auxiliar, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação as perguntas formuladas e suas implicações.

⌄ **Peso/Altura**

Peso (kg) Altura (m)



Deverão ser preenchidas todas as 26 (vinte e seis) perguntas.

25 - Realizou ou realiza diálise ou hemodiálise?

Não Sim

26 - Possui alguma doença não mencionada acima? Qual?

Não Sim

AVANÇAR



Nesta próxima tela, você estará no "resumo da contratação" do seu plano de saúde, onde deverá conferir minuciosamente os dados e até ver o resumo da sua proposta em PDF, clicando em "visualizar resumo da proposta" (A), clicando posteriormente em AVANÇAR para prosseguimento da contratação.

Resumo da contratação.



VISUALIZAÇÃO PDF



Data da proposta: 28/0
 CPF contratante: 418.
 Tipo: Cole
 Operadora: PRE
 Plano: PLA
 Registro ANS: 4847
 Acomodação: Apa
 Coparticipação: Sim
 Segmentação: Am
 Abrangência: Gru
 Beneficiários: 1
 Valor do Plano: R\$ 5
 Entidade: AEB
 Provável vigência: 10/0

**CONFERIR
 TODOS
 OS DADOS**

Visualizar rascunho da proposta.

A

AVANÇAR



07

Escolha a forma de pagamento na caixa opcional e clique e "ENVIAR A PROPOSTA"



Forma de pagamento.

Boletos serão enviados por correio.



ENVIAR PROPOSTA

VOLTAR

08



Sua Proposta foi enviada com sucesso e estará sendo analisada pela nossa qualificada equipe.

Proposta recebida com sucesso!

A proposta esta sendo processada. O andamento da proposta será informado por email.

Agradecemos e ficamos felizes com sua escolha, é uma satisfação para a VALLOR tê-lo como cliente.



valloradmbeneficios



vallorbeneficios.com.br