

Vendas



ON-LINE



MANUAL Corretor



valloradmbeneficios



vallorbeneficios.com.br



Vendas
ON-LINE

MANUAL
Corretor



01



Acesse o site da Vallor Administradora de Benefícios, digitando no seu navegador de internet digitando o endereço ou clique no link botão abaixo

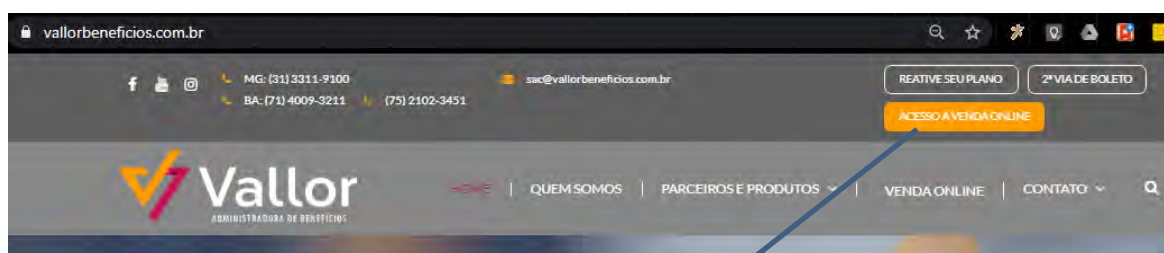
<https://vallorbeneficios.com.br>



02



Clicar no botão de "ACESSO A VENDA ONLINE"



ACESSO A VENDA ONLINE



03

Inserir USUÁRIO e SENHA



Faça login para prosseguir! ?

Usuário
vendedor0

Senha

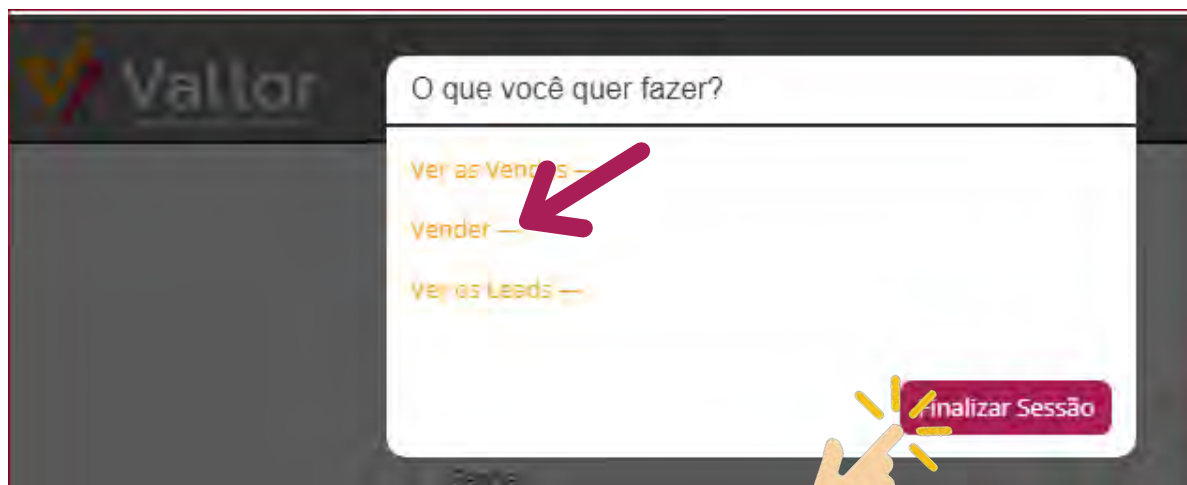
[Esqueci minha senha](#)
[Trocar senha](#)

ENTRAR



04

Clicar na ação desejada "VENDER"





05



Tela de boas vindas => Clique em AVANÇAR

Olá, obrigado por escolher a Vallor Administradora de Benefícios para comprar seu plano de saúde.

AVANÇAR



06

Selecione o Estado (UF) onde reside o beneficiário



07

Selecione a Cidade onde reside o beneficiário

Informe o local da sua residência. ?

Unidade da federação

----- SELECIONE O ESTADO -----

AVANÇAR



Informe o local da sua residência. ?

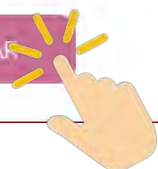
Unidade da federação

MG

Qual a sua cidade

----- SELECIONE UMA CIDADE -----

AVANÇAR



08

Selecione a Profissão do Beneficiário Titular



Informe sua profissão e entidade a que pertence. ?

Sua profissão

----- SELECIONE SUA PROFISSÃO -----

Entidade

----- SELECIONE ENTIDADE -----

AVANÇAR



Escolha a entidade do beneficiário titular, conforme regra de comercialização e elegibilidade do plano

09

Informe sua profissão e entidade a que pertence. ?

Sua profissão

COMERCIÁRIO

Entidade

ANASERV

AVANÇAR





10

Escolha a segmentação assistencial do plano pretendido

Que tipo de atendimento você procura? ?

Ambulatorial
 Amb. + hosp. com obstetrícia

AVANÇAR

11

Escolha o tipo de Acomodação desejada

Que tipo de acomodação você prefere? ?

Ambulatorial
 Apartamento
 Enfermaria

AVANÇAR

12

Informe a idade do Beneficiário TITULAR

Informação dos beneficiários: titular e dependentes. ?

Beneficiário	Idade
Titular	<input type="text"/> +

AVANÇAR

13

Caso tenha dependentes, informe a idade dos mesmos

Esses são os os planos disponíveis: ?

Beneficiário	Idade
Titular	25 +
Dependente	L ×

AVANÇAR

14

Escolha o melhor produto para sua contratação

Esses são os os planos disponíveis: ?

PLANO BRONZE	PLATINA AMB+ODO
R\$ 65,25 /mês	R\$ 87,05 /mês
Operadora: PREMIUM	Operadora: PREMIUM
Segmentação: Ambulatorial	Segmentação: Ambulatorial
Acomodação: Ambulatorial	Acomodação: Ambulatorial
Abrangência: Grupo de municípios	Abrangência: Grupo de municípios
Coparticipação: Sim	Coparticipação: Sim
Beneficiários: 1	Beneficiários: 1
ANS nº - 464472117	ANS nº - 465897113
CONTRATAR	CONTRATAR

> Acrescente quantos dependentes forem necessários clicando em





15



Preencher os dados cadastrais

15-A) Quando o beneficiário titular for MENOR de idade, DESMARCAR a opção de "responsável financeiro"

Dados cadastrais do Contratante ?

Dados cadastrais

Contratante é o responsável financeiro

Sexo* Masculino Feminino

15-B) Preencher os dados do beneficiário TITULAR

Dados cadastrais do Contratante ?

Dados cadastrais

Contratante é o responsável financeiro

Sexo* Masculino Feminino

CPF*

Nome completo*

Email*

Confirmação do email*

Data de nascimento*

Nome da Mãe*

Telefone Residencial

Celular*

Estado civil*

Nº Cadastro Nacional de Saúde

Nº do RG

RG Órgão Emissor

15-C) Anexar a documentação obrigatória de acordo com o manual do corretor.

Documentação

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif) e PNG (*.png). O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento

Arquivo de imagem

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
* Campos obrigatórios		

CASO HAJA DOCUMENTOS NÃO ESPECIFICADO, ANEXAR USANDO A OPÇÃO "OUTROS"

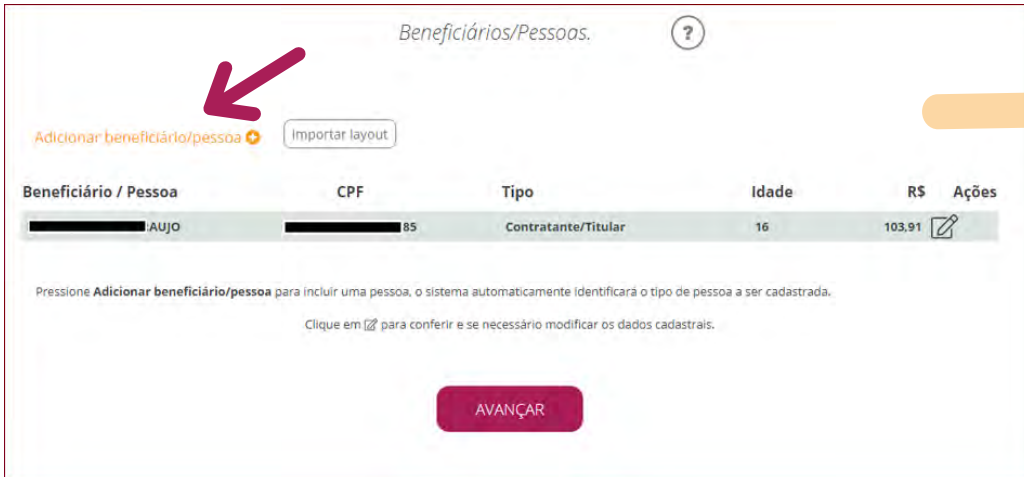


16

Dados Cadastrais do responsável financeiro (caso exista)



16-A) Caso o beneficiário titular for menor de idade, "adicionar beneficiário/pessoa" em referência ao "responsável financeiro"



Beneficiários/Pessoas. ?

Adicionar beneficiário/pessoa + Importar layout

Beneficiário / Pessoa	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
AUJO	85	Contratante/Titular	16	103,91	

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



Dados cadastrais do Responsável Financeiro ?

Dados cadastrais

CPF* Nome completo*

Nome completo

E-mail* Confirmação do email*

nome@dominio.tld nome@dominio.tld

Endereço*

CEP* Logradouro*

CEP Logradouro

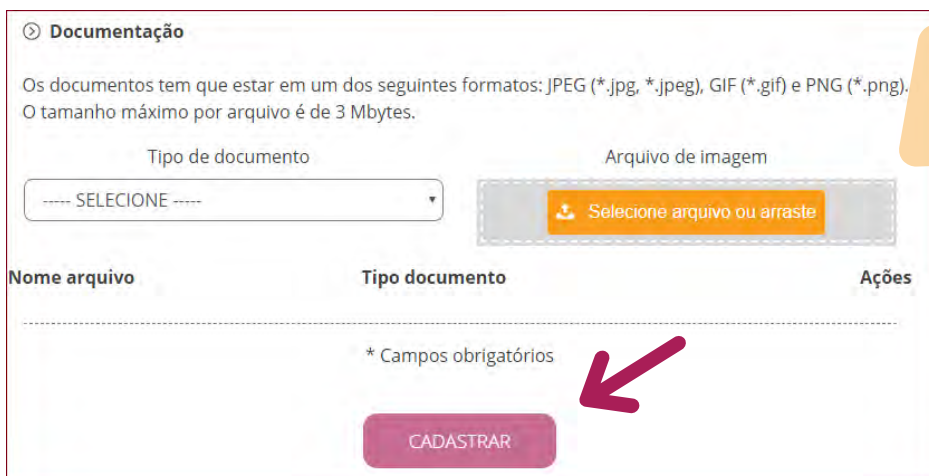
Número* Complemento

Número Complemento

Bairro* Cidade*

Bairro Cidade

16-B) Anexar a documentação do responsável financeiro



Documentação

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif) e PNG (*.png). O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento Arquivo de imagem

----- SELECIONE ----- Selecionar arquivo ou arraste

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
* Campos obrigatórios		

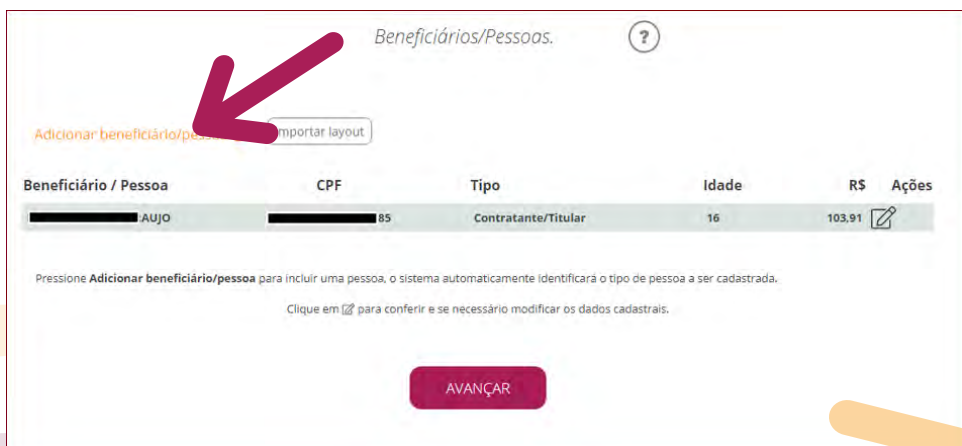
CADASTRAR

Esta tela só ficará "disponível" quando informarem que há responsável financeiro na contratação

CASO HAJA DOCUMENTOS NÃO ESPECIFICADO, ANEXAR USANDO A OPÇÃO "OUTROS"

17

Dados cadastrais do DEPENDENTE (caso exista)

Beneficiários/Pessoas. ?

Adicionar beneficiário/pessoa + Importar layout

Beneficiário / Pessoa	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
AUJO	85	Contratante/Titular	16	103,91	

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

NOVO PROCESSO CADASTRAL



Dados cadastrais de Dependente ?

Dados cadastrais

Sexo* Masculino Feminino

CPF (maior de 18 anos*) Nome completo*

Nome completo

Data de nascimento* Nome da Mãe*

Data Nome da mãe

Estado civil* Grau de parentesco*

----- ESTADO CIVIL ----- ----- PARENTESCO -----



18

Selecione a data da VIGÊNCIA do plano escolhida (prazo de movimentação)

19

Confirmar o resumo da contratação (caso correto)



Resumo da contratação. ?

Data da proposta:	19/
CPF contratante:	██
Tipo:	Col
Operadora:	PRE
Plano:	PER
Registro ANS:	481
Acomodação:	Enf
Coparticipação:	Sim
Segmentação:	Am
Abrangência:	Gr
Beneficiários:	1
Valor total:	R\$
Entidade:	AEB
Provável vigência:	01/

Visualizar rascunho da proposta.

AVANÇAR

???

**CONFIRA
TODOS
ESTES
DADOS**

CLIQUE NO LINK PARA VISUALIZAR O RASCUNHO DA PROPOSTA



Data de vigência. ?

Escolha uma das opções.

SELECIONE

- 01/03/2020
- 10/03/2020
- 20/03/2020
- 01/04/2020
- 10/04/2020
- 20/04/2020
- 01/05/2020



20

Finalize o processo notificando o cliente

vallorbeneficios.test.planium.io diz

Cliente notificado!

Iniciar nova proposta?

OK Cancelar

Forma de pagamento.

Boleto bancário

Boletos serão enviados por correio.

NOTIFICAR CLIENTE

A Vallor Benefícios agradece a parceria de sempre.