

Todos os dados são de preenchimento obrigatório

Lista de documentos obrigatórios para contratação do plano.

Para implantação é necessário que esta proposta esteja assinada e preenchida.

Matriz Filial (Empresa Sub) Data de preenchimento: / /

Se for filial, informe os dados abaixo

Razão social da matriz

CNPJ da matriz

Dados da empresa contratante (matriz ou filial de acordo com a opção acima)

Razão social		CNPJ
Inscrição Municipal		Inscrição Estadual
Endereço da empresa		Complemento
Nº	Bairro	Cidade
Estado		CEP
Principal atividade desenvolvida		Segmento

Obs.: O endereço comercial deve estar em conformidade com o registro da Receita Federal.

Contato

Nome	
Cargo	Aniversário
E-mail	
Telefone comercial	Telefone celular

Cartão de identificação

Nome que a empresa deseja inserir nos cartões de identificação (no máximo 35 caracteres)

Faturamento

Importante: Solicitamos que o endereço de e-mail não contenha underline “_”, pois e-mail com este caractere não são aceitos nos sistemas de algumas prefeituras)

E-mail para envio do Kit Faturamento

(Através deste e-mail serão encaminhados os seguintes links: Boleto, relação de beneficiários e resumo da fatura)

E-mail para envio da Nota Fiscal Eletrônica - Informar somente um e-mail

Caso haja filial, deseja receber fatura unificada? Sim Não

Para preenchimento do corretor (todos os campos são de preenchimento obrigatório)

Código do negócio: 1 2 3 4 5

Razão social da corretora

CNPJ da corretora

IMPORTANTE: Em caso de não preenchimento, será assumida a opção 1.

Dados dos planos (assinale com “X” o plano escolhido)

Plano	Faixa de Vidas	Preço ¹
First	2 a 99 vidas ³	R\$ 20,90
Gold Doc	2 a 29 vidas ³	R\$ 23,90
Gold Doc	30 a 99 vidas ³	R\$ 22,90
Gold Doc MEI ²	A partir de 3 vidas ³	R\$ 29,90
Gold Doc MEI ²	A partir de 2 vidas ³	R\$ 34,90

¹ Preço Mensal por Beneficiário

² MEI é o pequeno empresário individual que: (1) Possui faturamento de até R\$ 81.000,00 por ano, (2) Não é sócio ou titular de outra empresa, (3) Tem no máximo um funcionário, (4) Exerce uma das atividades permitidas ao MEI, segundo a Resolução CGSN nº 140 de 2018.

³ Titulares e dependentes.

Beneficiários

Nº total de beneficiários que ingressarão no plano:

Nº total de funcionários da empresa . O custeio do plano será totalmente da empresa? Sim Não

Os valores totais constarão em fatura a ser emitida contra o contratante.

Vigência e corte

Data de início da vigência: 1º de de

Data de pagamento: Dia 15 de cada mês, após início da vigência.

Data de corte (movimentação): 15 20 25

As propostas completas recebidas do 1º ao 25º de cada mês serão cadastradas com vigência para o mês seguinte.
As recebidas do 26º dia até o 30º será para o mês subsequente.

Declaração do contratante

A CONTRATANTE declara, para os devidos fins e efeitos, ter conhecimento de que está investida de poderes de representação do grupo de beneficiários e, ainda, ter recebido na íntegra as Condições Gerais do Contrato de Assistência Coletiva Empresarial por Cobertura de Custos Assistenciais Exclusivamente Odontológicos, estando ciente e de acordo com o seu conteúdo, principalmente, mas não limitado ao que segue:

- Ser um Contrato Coletivo regido pelo sistema de pré-pagamento, em que o pagamento integral do valor devido ocorrerá no mesmo mês de competência;
- Ser a única responsável perante a MetLife pelo pagamento integral das faturas emitidas;
- Ter consultado e estar de acordo com a rede credenciada disponível no site.
- Ter consultado e estar de acordo que a rede de prestadores está presente somente nas cidades prioridade de venda, constantes no Anexo III das Condições Gerais.
- A vigência contratual mínima é de 24 meses.
- Empresários individuais (ME, EPP e MEI) Estas empresas deverão estar e permanecer em conformidade com as regras desta classificação. Na Implantação do contrato, a empresa deverá estar ativa como MEI por, no mínimo, 6 meses.

RN 432 disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUzMA>

Cartilha disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Cartilha_MEI.pdf

Igualmente, declara a CONTRATANTE que a presente encontra-se assinada por seu(s) legítimo(s) representante(s) legal(is), e que tem ciência de que estas CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO são parte integrante e inseparável das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA COLETIVA EMPRESARIAL POR COBERTURA DE CUSTOS ASSISTENCIAIS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS.

A CONTRATANTE declara o conhecimento de que este contrato entrará em vigência na data prevista, somente após a validação dos dados pela CONTRATADA.

Local e data

Contratante

Nome	Nome
Cargo	Cargo
Assinatura e carimbo	Assinatura e carimbo

Neste ato, damos conhecimento da nomeação da empresa

Como corretora oficial da empresa contratante

Através da proposta de contratação, com finalidade de representação junto a esta operadora, a partir de / / nos assuntos pertinentes ao Contrato de Assistência Coletiva Empresarial por Cobertura de Custos Assistenciais Exclusivamente Odontológicos, podendo ser revogado, ou mesmo alterado pela Contratante, a qualquer tempo. Os dados fornecidos na presente proposta/termo serão armazenados pelo Grupo MetLife, incluindo as suas subsidiárias e afiliadas. Declaro que conheço e concordo com a Política de Privacidade da MetLife disponível no site: www.metlife.com.br

Carimbo e assinatura da corretora

ANS Nº 406481

metlife.com.br

Central de atendimento: 3003-3422 (capitais e grandes centros) ou 0800-746-3422 (demais localidades). SAC - Serviço de Apoio ao Cliente: 0800-746-3420 (reclamações, cancelamentos, sugestões e elogios), 24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil. Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800-723-0658, 24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil. Ouvidoria: 0800-746-3420, de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h, em todo o Brasil.