

Vendas  online

Plano Médico



Uma vida de saúde para você.

Considerações importantes

- A versão do site será de forma à condicionar a navegação do usuário tela à tela, ou seja, não será possível avançar para telas seguintes sem ter o preenchimento dos campos obrigatórios, ou sem ter concordado com as informações importantes.
- O kit de confirmação é o documento disponibilizado na área logada do cliente, contendo: cópia da proposta, Declaração de Ciência, PRC/CPT, Declaração de Saúde e Boleto da primeira parcela.
- O solicitante terá acesso ao Kit de Confirmação após ter todos seus dados cadastrais e documentos validados pela operadora e após tomar ciência do conteúdo do contrato padrão e demais informações importantes.
- Ao efetuar o pagamento do boleto, gerado com o kit de confirmação, o cliente concorda com todas as condições contratuais.

Considerações importantes

- A operadora respeitará o prazo de cancelamento de contratos após 7 dias do pagamento da contratação online, sem aplicação de multa, **desde que não tenha ocorrido nenhum tipo de utilização.**
- Após a solicitação de contratação, o cliente receberia um e-mail com a confirmação do pedido.
- Na área logada do site de vendas, é possível o acompanhamento dos status da proposta, bem como, o acesso por tempo indeterminado aos documentos Legais.

Gestão de Vendas WEB – Plano de Assistência Médica



Usuário acessa site

Pesquisa e compara Plano

Realiza Simulação de Preço

Selecionar o Plano

Ambiente Seguro Área logada

Solicitar proposta

Preencher Informação de Saúde

Efetuar Upload documentos

1

Usuário confirma solicitação

Rodar script de Seleção aleatória Da Perícia

Selecione do?

Sim

Não

Avisa usuário Da Perícia Médica

Agendar Perícia Médica

Realizar Perícia Médica

Análise da Documentação

Proposta Aguardando Regularização

Avisa usuário Sobre Pendência

OK?

Não

Sim

Avisa usuário Sobre liberação

Proposta Aguardando Pagamento

Kit de confirmação

1

Selecione uma opção



CONTRATAR PLANO

Encontre
seu plano

Dados
da compra

Documentação

Termo
de aceite

Resultado

Casos de portabilidade devem ser dirigidos às Agências de Atendimento Amil. [Clique aqui](#)

Para conhecer nosso plano referência [Clique aqui](#)

Encontre seu plano

Indique o seu CEP para encontrar os planos disponíveis na sua localidade

CEP:

03512-050

Buscar

Endereço

VILA MATILDE
SAO PAULO - SP

**Usuário informa CEP de
residência para que busque
planos disponíveis.**



CNPJ 29.309.127/0001-79

Copyright © 2007-2014, Amil Assistência Médica Internacional S/A. Todos os direitos reservados. [Política do site](#)

Informações de acesso: 13-03-2016 - 19:04:23 - IP Cliente

ANS nº 326305

Plano Referência Amil

Para você encontrar o plano referência dentro da nossa lista de planos, ele será exibido sempre em primeiro lugar na tela e com a borda em cor diferenciada.

Este plano possui cobertura diferenciada, conforme determina a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como...



Disponibilizados todos os planos para a região informada.

planos e preços, [clique aqui](#)

AMIL REFERENCIA

Saiba mais

AMIL REFERENCIA FAM I

Saiba mais

MEDIAL 115 QP RJ COP PF

Saiba mais

MEDIAL 115 QP RJ COP FAM I

Saiba mais

**Acesso à página com informações de cada plano.
Em desenvolvimento.**



CNPJ 29.309.127/0001-79

ANS nº 326305

Copyright © 2007-2014, Amil Assistência Médica Internacional S/A. Todos os direitos reservados. [Política do site](#)

Informações de acesso: 13-03-2016 - 19:04:23 - IP Cliente

CONTRATAR PLANO

[Encontre seu plano](#)[Dados da compra](#)

Acesso à primeira página de solicitação de contratação.

Dados da compra

Clique aqui para acessar o [Manual de orientação para contratação](#)

Você foi auxiliado por algum corretor? Sim Não

CPF do corretor:

Código corretora:

Supervisor:

[+ Incluir titular](#)

0 beneficiário(s) cadastrado(s)

Valor de referência: R\$0,00

Dados do titular

Plano médico: **AMIL REFERENCIA**

Declaro que conheci o PLANO REFERÊNCIA e não tive interesse em contratá-lo.

Nome completo:

CPF:

É obrigatório o CPF próprio, mesmo para menores de 18 anos.

RG:

CNS:

Numero do Cartão Nacional de Saúde

Data de nascimento:

Ex: 16/01/1979

Sexo:

Estado civil:

Email:

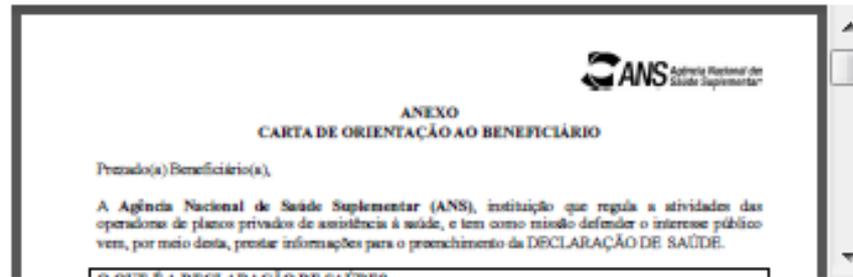
Telefone residencial:

Telefone celular:

Nome da mãe:

**Confirmação de ciência
sobre plano referência.**

Carta de orientação
ao beneficiário



 [Baixar arquivo](#)

Li e concordo

**Necessário ler e concordar
com carta de orientação
para seguir .**

Informações de saúde: Não respondida [Responder](#)

**Preenchimento da DS obrigatório
para todos os beneficiários.**



Informações de saúde

Selecione quais tipos de doenças este beneficiário possui:

- Sim Não Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).
- Sim Não Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, entre outras).
- Sim Não Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).
- Sim Não Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).
- Sim Não Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).
- Sim Não Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras).
- Sim Não Doenças ou tumorações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).
- Sim Não Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).
- Sim Não Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.

< Cancelar

Próxima >



Informações de saúde

Conforme selecionado, este beneficiário possui antecedentes de:

Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).

Por favor, forneça mais informações

* Ano do evento:

Data de conhecimento da doença

* Breve relato:

500 caracteres

< Voltar

Próxima >

Informações de saúde



Preencha o peso e a altura do beneficiário:

Peso: Ex: 65kg

Altura: Ex: 1,72m

[< Voltar](#)

[Finalizar >](#)

CEP: 03520000

Endereço: DALILA

Ex: Av. Brasil, Rua José da Silva

Número: ?

Complemento:

Bairro: VILA DALILA

Município: SAO PAULO

Estado: SP

Responsável financeiro

O titular é responsável financeiramente por este contrato? Sim Não

Recebimento dos próximos boletos: Online Via correios

Buscar na rede credenciada - Escolha a forma como os beneficiários desse contrato devem buscar na rede credenciada

Online Offline

< Cancelar

Salvar >

0 beneficiário(s) cadastrado(s)

Valor de referência: R\$0,00

< Voltar

Prosseguir >

Dados do beneficiário

 Daniel Altieri

Titular >

 DEPENDENTE NUMERO UM

Dependente >

2 beneficiário(s) cadastrado(s)

Tela para upload de documentos obrigatórios de cada beneficiário.

Documentação

Anexos dos beneficiários - Selecione o beneficiário para anexar os seus respectivos arquivos

Beneficiário: teste teste

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Tipo do documento: CPF

Anexar

[instruções sobre o tamanho e o formato do arquivo aceito]

ARQUIVOS ANEXOS

Ordenar por:

DATA	BENEFICIARIO	TIPO	NOME DO ARQUIVO	
24/03/2016 19:57	teste teste	RG	5017732_240316195703_EMAIL_EKIT_CORRETOR_PJ_DENTAL_200.JPG	 
24/03/2016 19:57	teste teste	Comprovante Residencia	5017732_240316195718_EMAIL_EKIT_TITULAR200_DENTAL.JPG	 
24/03/2016 19:56	teste teste	CPF	5017732_240316195637_CONCORRENTES.JPG	 

Proseguir >

Encontre seu plano

Dados do beneficiário

Documentação

Termo de aceite

Resultado

Termo de aceite

1) Este documento se trata apenas de uma solicitação de cadastro, que a corretora poderá entregar à Operadora da melhor conveniência do cliente. Não configura, em nenhuma hipótese, Instrumento de manifestação de vontade/contratação entre Operadora e Solicitante ou entre a Solicitante e a Corretora; tampouco representa ou substitui os termos constantes de um futuro contrato a ser firmado entre a Operadora e Beneficiários. Não há contrato e, por conseguinte, o solicitante não terá direito a qualquer cobertura assistencial.

2) A Corretora reserva-se ao direito de manter sob a sua guarda os dados cadastrais aqui coletados. Os registros e a utilização dos dados pessoais têm como finalidade exclusiva a gestão, administração, prestação, ampliação e melhoramento de seus serviços prestados. O compartilhamento de dados cadastrais com parceiros comerciais sublevar-se-á integralmente

Li e concordo

Necessário ler e concordar com termo de aceite - responsabiliza pela digitação dos dados (informações verídicas) .

< Voltar

Finalizar >

CONTRATAR PLANO

Encontre
seu plano

Dados
da compra

Documentação

Termo
de aceite

Resultado

Sua solicitação foi gerada com sucesso!

Para darmos continuidade ao cadastro será necessário aguardar a análise da documentação enviada. No prazo de 48 horas entraremos em contato.

Você poderá acompanhar o status da sua Solicitação de Contratação acessando o site <http://www.amil.com.br>, opção **Acompanhe sua solicitação de contratação**, informando os dados abaixo:

Número da solicitação: **95312972** —→ Número de proposta

Código de acesso: **842961** —→ Senha de acesso área logada

Guarde estes dados de acesso, eles serão necessários sempre que quiser verificar o status da sua solicitação de contratação.

Adicione a Amil em seus contatos, evitando que nossos e-mails sejam enviados para sua caixa de spam.

Imprimir >

Ou: “Necessário o agendamento de Perícia médica”
(passo a passo para o agendamento)



Sr.(a) TESTE TESTE

Sua solicitação de contratação foi gerada com sucesso
Para darmos continuidade ao cadastro, será necessário aguardar a análise da documentação enviada. No prazo de 48 horas entraremos em contato

Você poderá acompanhar o status de sua Solicitação de Contratação acessando o site <http://vendas.amil.com.br>, opção **Acompanhe sua solicitação de contratação**, e informando os dados abaixo:

Número da Solicitação: 95312783

Código de Acesso: 645039

Guarde estes dados de acesso, eles serão necessários sempre que quiser verificar o status da sua solicitação de contratação.

Adicione a Amil em seus contatos, evitando que nossos e-mails sejam enviados para sua caixa de spam.

Atenciosamente,
Diretoria Nacional de Vendas

Selecione uma opção



Área logada para acompanhamento de solicitação.

Acompanhar proposta

Entre com os códigos recebidos por e-mail.

Adicione a Amil em seus contatos, evitando que nossos e-mails sejam enviados para sua caixa de spam.

Nº da solicitação



Código de acesso



[< Voltar](#)

[Entrar >](#)



Busca de rede

Perguntas frequentes

Acompanhar solicitação de contratação

Acompanhar solicitação

- Devolvida: inconsistência
- Aguardando Perícia
- Aguardando pagamento
- Proposta Implantada

Status da proposta: **Na operadora**

As informações prestadas e os documentos enviados estão em análise na Amil em breve você receberá as orientações para dos próximos passos no seu e-mail.

Certifique-se que os e-mails da Amil não sejam direcionados para sua caixa de spam.

Sair >

Acompanhar solicitação de contratação

[Acompanhar solicitação](#)[Documentação](#)

Nesta área disponibilizamos para download documentos com informações referentes a sua solicitação de contratação.

Leia com atenção e marque **Li e concordo** para acessar seu boleto na aba **Financeiro**.

[MPS - Manual da contratação](#)[GLC - Guia de leitura contratual](#)[PRC - Plano de redução de carência](#)[Declaração de ciência](#)[Contrato padrão](#)[Termo Aditivo](#) Li e concordo[Sair >](#)

[Busca de rede](#)[Perguntas frequentes](#)

Acompanhar solicitação de contratação

[Acompanhar solicitação](#)[Documentação](#)[Financeiro](#)

Nesta área disponibilizamos para download documentos com informações referentes a sua solicitação de contratação.

Leia com atenção e marque **Li e concordo** para acessar seu boleto na aba **Financeiro**.

[MPS - Manual da contratação](#)

[GLC - Guia de leitura contratual](#)

[PRC - Plano de redução de carência](#)

[Declaração de ciência](#)

[Contrato padrão](#)

[Termo Aditivo](#)

Li e concordo

[Sair >](#)[Próxima >](#)

Acompanhar solicitação de contratação

[Acompanhar solicitação](#)[Documentação](#)[Financeiro](#)

Seu boleto referente à contratação do plano médico já está disponível no ícone ao lado.



[Clique aqui
para imprimir
o boleto](#)

O primeiro boleto terá até 30 dias para o vencimento, a partir da data de emissão, para que você escolha dentro desse período o melhor dia para pagamento. Os boletos futuros seguirão o mesmo dia de vencimento, nos meses seguintes.

O pagamento deste boleto implica na aceitação dos termos e condições do contrato, bem como na ratificação de todas as informações constantes na declaração saúde e no instrumento de confirmação de cadastro.

A vigência do seu plano médico e coberturas contratuais terá início na data da confirmação do pagamento.

Caso você não tenha realizado esta solicitação, pedimos que entre em contato imediatamente com nossa equipe web vendasweb@amil.com.br.

[Sair >](#)[Próxima >](#)

Kit de Confirmação

Proposta contratual pessoa física		Nº da Proposta Contratual 11111212121	
Dados da Proposta			
Contrato Número	Número da Proposta	Plano	Coparticipação
PJ 1168	11111212121	AMIL LIFE	SEM CD-PART
Segmentação	Acomodação	Abrangência	Número ANS
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Informações do Corretor			
Corretora	Supervisor	Corretor	
PJ 1168	11111212121	AMIL LIFE	
Informações do Titular			
Nome	RG	CPF	
Pedro Henrique P. Monteiro	32097035-8	216.547.348-96	
Sexo	Nascimento	Estado Civil	Nome de Mãe
Masculino	16/08/1981	Casado	Ivonete P. Monteiro
Telefone	E-mail		
(11) 3638-1540	123456789101	p Monteiro@amil.com.br	
Endereço de Correspondência			
CEP	Logradouro		
06455-000	Alameda Araguaia.. akjdlakjdlka dlakjlkajl kjalkjalkjdlakjdlkasjdlas		
Complemento			
Torre 02 - 9º Andar			
Número	Bairro	Cidade	UF
111	Barueri	São Paulo	SP
Endereço de Cobrança			
CEP	Logradouro		
06455-000	Alameda Araguaia.. akjdlakjdlka dlakjlkajl kjalkjalkjdlakjdlkasjdlas		
Complemento			
Torre 02 - 9º Andar			
Número	Bairro	Cidade	UF
111	Barueri	São Paulo	SP
amil.com.br		 Uma vida de saúde para você.	
Página X de X			

- Cópia da Proposta
- Declaração de Saúde preenchida ou pela perícia
- CPTs aplicados de acordo
- Carências
- Boleto Bancário

Obrigado!



Uma vida de saúde para você.