

Cotação

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Os campos em cinza são de uso exclusivo da seguradora.

Produto	Validade da Cotação	Nº Cotação / Versão	Saúde/Odonto
VIDA EM GRUPO	30	2353814 / 9	NÃO
Início de Vigência 09/06/2025	Fim de Vigência 08/06/2026		

Dados do Estipulante

Razão Social ULTRAMEGA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA	CNPJ 21.596.736/0001-44
Cód Atividade 4650	Ramo de Atividade COMÉRCIO ATACADISTA DE MEDICAMENTOS E DROGAS DE USO HUMANO

Estipulante: ULTRAMEGA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA

Limite de Idade:	Nº de vidas	Afastados	Aposentados	Custeio do seguro	Forma de Pagamento
Implantação: 63	Novas Adesões: 65	70	Não aceitos	NÃO CONTRIBUTÁRIO	Fatura Mensal

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade - Implantação

DPSA dispensada

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade - Nova Adesões

DPSA dispensada

Tipo de Capital

PER-CAPITA

R\$ 56.347,00

Segurado Titular

Coberturas - Indenização, reembolso ou prestação de serviço	Processo SUSEP	%	R\$ Limite / Capital	R\$ Valor	Quantidade
MORTE	15414.003484/2006-58	100%	56.347,00	-	-
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	15414.003485/2006-01	Até 100%	56.347,00	-	-
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	15414.003483/2006-11	100%	56.347,00	-	-
AUXILIO CESTA BASICA	15414.003484/2006-58	-	600,00	600,00	1mês

Assistências - Prestação de Serviço

Qtd. Vidas

* DESCONTO FARMÁCIA	70
ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (R\$5.000,00)	70
ASSISTÊNCIA MÉDICO NA TELA	70
CESTA NATALIDADE CARTÃO - R\$ 600,00	70

*O serviço de Desconto Farmácia é um benefício que será disponibilizado para os segurados do produto SulAmérica Você Empresa a partir do início de vigência da apólice ou do certificado individual sem custo adicional, o mesmo poderá ser limitado ou descontinuado a qualquer momento, sem aviso prévio, a exclusivo critério da SulAmérica.

Cotação

Taxa Média (%)	Capital Segurado	Prêmio Estimado para 1ª Fatura
0,3068	R\$ 3.944.290,00	R\$ 1.854,32

Dados da Produção

Nome do Corretor		Cód SUSEP
BELZ CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
Telefone (81) 98571-8870	Responsável (Contato)	E-Mail elton@belzseguros.com.br
Sucursal 35	EV 2994631	Pró-labore 10,00%

Capital Total Segurado	1ª Fatura Estimada
R\$ 3.944.290,00	R\$ 1.854,32

LISTA DOS ITENS "OBRIGATÓRIOS" PARA O INÍCIO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO:

- ☐ **Proposta de Contratação** - 02 vias assinadas pelo(s) representante(s) legal(is) da Empresa e Corretor(a) - (nomes completos e assinaturas sobre carimbos).
- ☐ **Contrato de Adesão ao Seguro de Pessoas** 02 vias assinadas pelo(s) representante(s) legal(is) da Empresa (nome(s) completo(s) e assinatura(s) sobre carimbo(s)).
- ☐ **Carta do Corretor (comissionamento)** - assinada pelo Corretor (representante(s) legal(is) - nome(s) completo(s) e assinatura(s) sobre carimbo(s)).
- ☐ **Dados do responsável na Empresa ou na Corretora pela movimentação de segurados através do VIDAWEB** (ferramenta eletrônica para a comunicação das inclusões, exclusões ou alterações).
- ☐ Empresa ☐ Corretor
- Nome completo: _____ CPF: _____
- Nº do telefone: _____ E-mail: _____
- ☐ **Movimentação Manual** – informar endereços de e-mails (empresa ou corretor) para envio da fatura.
- E-mail 1: _____
- E-mail 2: _____
- ☐ **Endereço de cobrança completo** - quando diferente do endereço da Empresa
- ☐ O mesmo Rua / Av. / Rod.: _____
- ☐ **Relação de Proponentes (grupo segurável)** - enviar planilha do Excel para implantacao.vp@sulamerica.com.br, informando no assunto da mensagem que se trata da "Relação de Vidas" com o nome e CNPJ da empresa. Deverão constar no arquivo o **nome completo, CPF, data de nascimento, data de admissão dos proponentes e:**
- capital segurado (per capita), ou
 - salário (múltiplo salarial), ou
 - função (capital definido pelo cargo).
- Importante:** dependendo das condições contratuais firmadas, outros dados ainda poderão ser solicitados.
- ☐ **Propostas de Adesão/Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (grupo segurável)** - devidamente preenchidas, inclusive com a razão social do Estipulante, ou de acordo com o que foi acordado na Proposta de Contratação.
- ☐ **Comprovante de pagamento** - caso seja efetuado o pagamento antecipado.
- ☐ **Dados dos Sócios** – preenchimento obrigatório dos dados: Nome, CPF e percentual de Participação Societária.

Enviar a documentação, juntamente com o Check List, para 280 - GEASO.

O prazo para a conclusão da implantação é de até 30 dias e a contagem será iniciada

DEPOIS QUE TODOS OS DOCUMENTOS "OBRIGATÓRIOS" FOREM ENTREGUES.

ATENÇÃO: O PROCESSO SERÁ DEVOLVIDO SE FALTAREM DADOS OU DOCUMENTOS!

OBSERVAÇÕES:

ANÁLISE DA SULAMÉRICA

() IMPLANTAR A PROPOSTA

() DECLINAR A PROPOSTA

Data ____/____/____

Assinatura _____