|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Solicitação de Inclusão** | **Padrão nº:** FOR ACC 001 |
| Página 1 de 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data da solicitação:**  | **Inclusão para:**  |
| **Contratante:**  |
| **Telefone da empresa:**  | **CNPJ:**  |
| **Código do contrato:**  | **Data Contratação:** |
| **Tipo:** | **( ) Nacional** | **() Regional** | **() Unifácil** | **() F. Moderador 40%** | **( ) F. Moderador 20%** |
| **Nome do plano:** |  | **Código do Produto ANS:** |  |
| **Acomodação:** | **() Enfermaria** | **( ) Apartamento** |
| **Vencimento:** | **( ) 01** | **() 05** | **( ) 10** | **() 15** | **( ) 20** | **( ) 25** |
| **( )** | Inclusão normal - cumprimento integral de carências e cobertura parcial temporária. | **( )** | Inclusão normal - Migração de carência. |
| **( )** | Aniversário de Contrato - Isento de carência, exceto doenças e lesões preexistentes (Coletivo por adesão) | **( )** | Portabilidade |
| **( )** | Recém Admitido – Isento de carência e cobertura parcial temporária (Coletivo empresarial) | **( )** | Recém-nascido – Nascido Unimed |
| **( )** | Inclusão até 30 dias da contratação - Isento de carência, exceto doenças e lesões preexistentes (Coletivo Adesão) | **( )** | Recém-nascido – Não nascido Unimed |
| **( )** | Inclusão até 30 dias da contratação - Isento de carência e cobertura parc. temp. (Coletivoempresarial). |  |
| **Contratante na data da inclusão:** | **( ) Menos de 30 vidas** | **( ) Mais de 30 vidas** |

**Venho, por meio deste, solicitar a inclusão do (a) funcionário(a) e/ou associado (a) abaixo e seus respectivos dependentes:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO TITULAR:** | **DATA NASC** | **TELEFONE** | **PARENTESCO** | **ACOMOD** |
|  |  |  |  |  |
| **DEPENDENTES:** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Atenciosamente,**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Assinatura da Empresa/Contratante**(dono da empresa ou responsável) | **Assinatura do Titular do Plano**(pessoa que está entrando no plano) |

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULAR:** | **DEPENDENTES LEGAIS:** |
| ** Carteira Profissional assinada (página da foto, página dos dados, página do contrato de trabalho) ou GFIP que conste o nome do empregado;**** Cópia de RG e CPF;**** Comprovante de residência;**** Numero do Telefone;**** Ficha de associado – para Coletivos por Adesão;** | ** Cônjuge: Certidão de casamento, RG e CPF, contracheque do titular.**** Filhos: CPF, RG e ou Certidão de nascimento, contracheque do titular, no caso de maior de 18 anos, a inclusão será feita mediante Declaração de Matrícula fornecida pela Faculdade, e a Declaração do Imposto de Renda onde conste a dependência financeira do mesmo.** |
| **AVALIAÇÃO/PERÍCIA MÉDICA**** Pessoas que tenham idade até 2 anos e a partir de 50 anos deverão responder a declaração de saúde com um profissional médico agendado pela Unimed Vale do São Francisco;**** Os dependentes com idade entre 2 e 49 anos deverão preencher declaração de saúde com acompanhamento de profissional agendado pela Unimed Vale do São Francisco.** | **PERÍODO DE MOVIMENTAÇÃO DE CADA EMPRESA****VENCIMENTOS 01 – 25 A 05 DE CADA MÊS VENCIMENTOS 05 - 01 A 10 DE CADA MÊS VENCIMENTOS 10 – 01 A 12 DE CADA MÊS VENCIMENTOS 15 - 08 A 20 DE CADA MÊS****VENCIMENTOS 20 – 10 A 25 DE CADA MÊS****VENCIMENTOS 25 - 10 A 25 DE CADA MÊS** |

