|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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** |

