

FORMULÁRIO CADASTRAL DE MANUTENÇÃO - CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

Empresa Contratante: _____ Contrato nº: _____

Este formulário cadastral tem a finalidade de comunicar à **Unimed Blumenau** sobre:

Inclusão de Titular Inclusão de Dependente Alteração de Plano Outros: _____

Plano escolhido AMIGO FÁCIL UNIFLEX Outros Regulamentados: _____

Abrangência geográfica escolhida: VALE ESTADUAL NACIONAL

Acomodação escolhida: ENFERMARIA APARTAMENTO

Coparticipação escolhida: 0% 20% 50% Registro do plano na ANS: _____

Endereço Residencial do Titular: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____ Celular: _____ Telefone: _____

Nome do Titular:

Data de Nascimento: | | Município e Estado de Nascimento: _____
CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: | |
Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____ Data da Admissão: _____
Filiação: _____ Matrícula: _____
Filiação: _____
Operadora de Origem: _____ Inclusão: _____ Exclusão: _____

Nome do Dependente: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: | | Município e Estado de Nascimento: _____
CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: | |
Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____
Filiação: _____
Filiação: _____
Operadora de Origem: _____ Inclusão: _____ Exclusão: _____

Nome do Dependente: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: | | Município e Estado de Nascimento: _____
CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: | |
Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____
Filiação: _____
Filiação: _____
Operadora de Origem: _____ Inclusão: _____ Exclusão: _____

Nome do Dependente: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: | | Município e Estado de Nascimento: _____
CPF: _____ RG, Órgão e UF: _____ Data Exp. RG: | |
Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nº Passaporte: _____
Filiação: _____
Filiação: _____
Operadora de Origem: _____ Inclusão: _____ Exclusão: _____

VEJA AS INFORMAÇÕES NO VERSO

VIGÊNCIA:

1 - Orientações para preenchimento do Formulário Cadastral:

- a) **Campos de Nomes:** Completos e sem abreviações, conforme constam no Registro Civil;
- b) **Grau de Parentesco:** **ES** - Esposo(a), **CP** - Companheiro(a), **FO** - Filho(a), **EN** - Enteado(a);
- c) **CPF:** Para todos os titulares e dependentes, com exceção para o beneficiário estrangeiro (que não possuir CPF);
- d) **Estado Civil:** **C** - Casado(a), **D** - Divorciado(a), **S** - Solteiro(a), **V** - Viúvo(a), **U** - União Estável;
- e) **Sexo:** **F** - Feminino; **M** - Masculino; **I** - Indefinido;
- f) **Nº Passaporte:** se estrangeiro(a), obrigatório informar o número do passaporte.

2 - Não serão permitidas rasuras ou uso de corretivo em qualquer campo do Formulário Cadastral.**3 - Todos os campos do Formulário Cadastral são de preenchimento obrigatório.****4 - A CONTRATANTE, bem como o beneficiário titular declaram, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e da Lei 9.656/98, que:**

- a) Fizeram livremente a escolha do plano contratado nos respectivos campos e tem conhecimento das condições de coparticipação;
- b) Têm ciência que, através do endereço eletrônico www.unimedblumenau.coop.br, a Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano.
- c) Têm completo conhecimento dos termos do contrato e respectiva cobertura, bem como das relações de serviços a serem prestados, carências em cada plano, do preço, descontos e critérios de reajustes contratuais;
- d) Responsabilizam-se civil e criminalmente pela autenticidade dos dados e das assinaturas lançadas neste documento;
- e) Receberam a tabela de custos com os valores do plano dos funcionários ativos, mesmo que tenha pactuado critério de valor diferente de 10 (dez) faixas etárias ou haja subsídio do empregador, e a tabela de custos por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.
- f) Têm conhecimento que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do plano ficarão disponíveis através do endereço eletrônico www.unimedblumenau.coop.br e/ou SAC 0800 647 0026.
- g) Têm conhecimento das informações referentes ao aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior com a Operadora, respeitando a segmentação, cobertura, acomodação e abrangência, conforme o item 2 da Súmula 21/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A CONTRATANTE declara, para fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09, que recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, e, se compromete a entregar cópia do mesmo a todos os possíveis beneficiários titulares que manifestarem interesse no ingresso no plano de saúde.

A CONTRATANTE se compromete a entregar o Guia de Leitura Contratual - GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde, e, a disponibilizar, sempre que demandado pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

Os formulários cadastrais deverão ser entregues à Unimed Blumenau respeitando os prazos definidos no Calendário de Entrega de Formulários Cadastrais, corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos. Os formulários atualizados estão disponíveis no site www.unimedblumenau.coop.br, em Serviços ao Cliente/Download de formulários e declarações.

____ / ____ / ____
Data

Assinatura do Titular

Assinatura e Carimbo da Contratante