

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: IDEAL UNIFLEX LIFE ESSENCIAL PERSONAL OUTROS

Abrangência geográfica escolhida: VALE ESTADUAL NACIONAL

Acomodação escolhida: ENFERMARIA APARTAMENTO

Coparticipação escolhida: 0% 20% 40% 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 - Enteadado(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 declara, 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) Fez livremente a escolha do plano contratado e tem conhecimento das condições de coparticipação;
- b) Tem 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;
- c) Responsabiliza-se a informar aos beneficiários sobre o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** através do endereço eletrônico: www.unimedblumenau.coop.br com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano.
- d) Responsabiliza-se civil e criminalmente pela autenticidade dos dados e da assinatura lançada neste documento;
- e) Tem 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;
- f) Tem conhecimento e compromete-se a repassar aos beneficiários as 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 a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde:

- a tabela de custos com os valores do plano dos funcionários ativos e a tabela de custos por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98; e
- o Guia de Leitura Contratual - GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, bem como, 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 e Carimbo da Contratante