



TERMO DE MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE
e DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL

Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob n. _____, na condição de titular do Plano de Assistência à Saúde firmado junto à Unimed Chapecó (registro na ANS sob nº 354295), **DECLARO** que desejo a permanência do dependente _____, inscrito (a) no CPF sob n. _____, no referido plano, com a concordância da minha empregadora, contratante do plano de saúde junto a esta operadora.

De igual forma, eu, _____, inscrito (a) no CPF sob n. _____, plenamente ciente das condições contratuais, na condição de DEPENDENTE do referido Plano de Assistência à Saúde firmado junto à Unimed Chapecó (registro na ANS sob nº 354295), **DECLARO** que meu estado civil atual é SOLTEIRO (A), bem como, comprometo-me em informar à Unimed Chapecó eventual mudança do meu estado civil, sob pena de tal omissão caracterizar fraude ao plano de saúde.

DECLARAMOS que estamos plenamente cientes de que a falsidade da presente declaração e/ou a omissão do dependente poderão implicar em sanções civis e criminais previstas na legislação vigente, bem como, demais penalidades previstas no Contrato.

DECLARAMOS que estamos plenamente cientes de que a alteração do estado civil do dependente implicará na sua exclusão do Plano de Assistência à Saúde.

Chapecó (SC), ____ de _____ de _____.

Assinatura do titular

Assinatura do dependente

Nome

Nome

CPF

CPF