

SGDI /FC N °

1. DADOS - NOVO TITULAR

Data de solicitação: ____/____/____

NOME:

CPF:

Marque com um "X" o plano de origem (Seu plano atual) e plano destino (Plano Unafisco Saúde desejado)

PLANO ORIGEM:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soft Participativo
PLANO DESTINO:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *****	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soft Participativo

1.1 DADOS DO TITULAR ANTERIOR (Falecido)

Nome:					CPF:			
Plano Origem:		Cód.Unafisco Saúde:		Data Falecimento:				

2. DADOS - GRUPO FAMILIAR (DEPEND./AGREGADOS) *Grau de parentesco (Ex: Pai, mãe, filho(a), irmão etc)

Marque com um "X" o plano de origem (Seu plano atual) e plano destino (Plano Unafisco Saúde desejado)

DEPENDENTE 1

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

PLANO ORIGEM:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soft Participativo
PLANO DESTINO:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *****	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soft Participativo

DEPENDENTE 2

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

PLANO ORIGEM:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soft Participativo
PLANO DESTINO:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *****	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soft Participativo

SGDI /FC N °

DEPENDENTE 3

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

PLANO ORIGEM:	<input type="checkbox"/>	Premium	<input type="checkbox"/>	Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo
PLANO DESTINO:	<input type="checkbox"/>	*****	<input type="checkbox"/>	Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo

DEPENDENTE 4

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

PLANO ORIGEM:	<input type="checkbox"/>	Premium	<input type="checkbox"/>	Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo
PLANO DESTINO:	<input type="checkbox"/>	*****	<input type="checkbox"/>	Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo

DEPENDENTE 5

Nome beneficiário	*GRAU DE PARENTESCO	DT. NASC.:
		/ /

PLANO ORIGEM:	<input type="checkbox"/>	Premium	<input type="checkbox"/>	Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo
PLANO DESTINO:	<input type="checkbox"/>	*****	<input type="checkbox"/>	Soft (Sem copart.)	<input type="checkbox"/>	Unique Copart.	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo

3. DECLARAÇÃO PESSOAL, AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA MENSALIDADE E DIFERENCIAÇÃO DOS PLANOS – REDE CREDENCIADA E COBERTURA

Ao assinar este TERMO DE ANUÊNCIA – TROCA TITULARIDADE, DECLARO expressamente:

3.1 Haver lido, compreendido, e aceito, **sem restrições**, o Regulamento do Plano Unafisco Saúde PREMIUM, SOFT, Unique ou Soft Participativo (conforme o caso).

3.2 Que a troca de titularidade **estará** condicionada a observância das condições de admissão previstas em cada regulamento.

3.3 Que a confirmação da troca de titularidade se dará quando ocorrer a devolução deste termo contendo a assinatura **do representante do** Unafisco Saúde juntamente com os cartões de atendimento ou autorização provisória de atendimento (Se for o caso).

3.4 Ser responsável pela atualização e veracidade dos dados cadastrais do(s) beneficiário(s) acima nominado(s), comprometendo-me a fornecer, quando solicitado, os documentos necessários, inclusive o número do CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) dos beneficiários com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos de idade, em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa 187/2009 publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.5 Quando da migração do associado titular, dependentes e agregados familiares para um plano **com maior cobertura assistencial** será **considerado** o tempo de vigência do plano anterior, cabendo aos beneficiários cumprirem as carências estipuladas pelo SINDIFISCO NACIONAL para gozo de novos benefícios **ou acesso a rede credenciada de padrão superior**.

3.6 Será admitida a migração do titular, seus dependentes e agregados familiares para outro plano desde que efetuada após o decurso de 12 (doze) meses de adesão no plano de origem.

3.7 O associado titular não poderá participar de plano com cobertura assistencial inferior ao de seus dependentes e agregados familiares.

3.8 AUTORIZO o desconto dos valores em folha de pagamento e/ou conta corrente bancária **de minha titularidade**, cujos dados especifiquei **neste Termo**, responsabilizando-me pelo pagamento das minhas contribuições mensais, das de meus dependentes e agregados, **das coparticipações** e ainda, por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente.

3.9 Tenho ciência que em planos coletivos, na condição de ativo com comercialização suspensa, não será permitida a inclusão de novos beneficiários conforme define o inciso II, art. 12 da Resolução Normativa ANS n.º 85, de 2004, exceto:

3.9.1 Novo cônjuge, considerado aquele(a) dependente do(a) titular que ainda não tenha sido participante do plano em algum momento. A adesão **estará** condicionada ao envio de documentação comprobatória. Solicitação de reinclusão de cônjuge não será permitida.

3.9.2 Filhos do titular. **Poderão ser incluídos porém aqueles com idade igual ou superior a 25 anos serão enquadrados como agregados.**

3.9.3 Plano Premium encontra-se ativo com comercialização suspensa. Não permitida migração/troca para o referido plano

3.10 Numa eventual solicitação de exclusão do plano Premium, NÃO será permitido o reingresso neste produto.

3.11 Em caso de migração do plano Premium para o Plano Soft (ou outro produto do Unafisco Saúde), NÃO será permitido o reingresso no plano Premium.

3.12 Na troca ou exclusão do plano Premium, DECLARO estar ciente de que cessará a cobertura para serviços exclusivos, tais como exemplos:

- a) Assistência ou internação em regime domiciliar (home care);
- b) Vacinas
- c) Reembolso (livre escolha)
- d) Rede diferenciada, especialmente hospitalar (Alguns exemplos de hospitais exclusivos para atendimento aos beneficiários do plano Premium: Hospital Copa Dor e Clínica São Vicente da Gávea - RJ, Hospital Sirio Libanês e Hospital do Coração (Hcor) - SP, Hospital Aliança BA)
- e) Procedimentos Extra Rol (Com base na última atualização do Rol ANS RN 387 os beneficiários plano Premium contam mais de 360 procedimentos além da cobertura obrigatória)
- f) Transporte aero médico
- g) Emergência Domiciliar (APH)
- h) Transplantes não obrigatórios ((Fígado, coração e pâncreas, seguindo critérios de regulação)
- i) Odontologia com vários procedimentos extra Rol da ANS (Exemplos: Ortodontia, Prótese Dentária).

3.13 Ciente de que o plano SOFT, SOFT Participativo e Unique está limitado à cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado e atualizado periodicamente pela ANS, para plano com segmentação de cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

3.14 Que somente beneficiários do plano PREMIUM terão coberturas adicionais além daquelas previstas exigidos pelo no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (*Sujeita à prévia análise da administração do Unafisco Saúde).

3.15 Que, RENUNCIO, integralmente, a todas as coberturas **assistenciais** e serviços diferenciados e exclusivos oferecidos no plano PREMIUM, **considerando o pagamento de mensalidades de valores menores.**

SGDI /FC N °

3.16 Que a administração do Unafisco Saúde poderá solicitar documentação complementar para compor o processo de migração.

3.17 Que integram o presente TERMO os regulamentos dos planos Unafisco Saúde disponíveis no site eletrônico www.unafiscosaude.org.br ou em via impressa na **sede** do SINDIFISCO NACIONAL e das Delegacias Sindicais.

4. SEGREGAÇÃO DE MENSALIDADE

O beneficiário titular poderá **solicitar** a segregação das mensalidades mediante a assinatura **de** “Termo de responsabilidade – Segregação de mensalidade Dependente/Agregado”. Não será acolhida solicitação de segregação de mensalidade de agregado menor impúbere, ou seja, aquele que, em razão da idade, não alcançou a capacidade **civil** plena para o exercício de seus direitos. A segregação de mensalidade **estará** condicionada à participação do beneficiário **titular** e seu responsável **em plano do** Unafisco Saúde.

5. DATA MIGRAÇÃO/TROCA TITULARIDADE (Indicar a partir de qual mês/ano)

DIA (ÚTIL):

1°

MÊS

ANO:

5.1 A migração será efetuada a partir do **1° (primeiro)** dia útil do mês seguinte ao do **pedido** de migração.

5.2 O acolhimento do **pedido** de migração **estará** condicionado ao recebimento da documentação **completa** e formulário **preenchido** e assinado, devidamente protocolado na sede do Unafisco Saúde e **Delegacias Sindicais** até o dia **19 (dezenove)** do mês anterior.

6. ASSINATURA DO TITULAR NO PLANO

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):

PARA USO DAS DELEGACIAS SINDICAIS:

RECEBIDO:

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):

PARA USO DO SINDIFISCO NACIONAL:

RECEBIDO:

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):

SGDI /FC N °

7. PARA USO EXCLUSIVO DO UNAFISCO SAÚDE – SETOR DE RELACIONAMENTO

Situação funcional titular (Marque com um "x")

 Sindicalizado Ativo

 Sindicalizado Aposentado

 Pensionista

 Substituto dependente

 Substituto agregado

TERMO REGISTRADO INTERNAMENTE:

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):

CADASTRADO NO SISTEMA:

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):

TERMO ANALISADO:

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):

CADASTRAMENTO REVISADO/:

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):

7.1 DATA EFETIVA MIGRAÇÃO

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura sob carimbo):