

SGDI /FC N.º.

1. DADOS – NOVO TITULAR

Data de solicitação: ____/____/____

NOME:

CPF:

ENDEREÇO E CONTATOS:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

E-mail:

Tel. res.:

Tel. Com.:

Celular:

DADOS BANCÁRIOS - preenchimento obrigatório (utilizado para débito em conta (BB), reembolsos, devoluções, restituições, etc)

Banco:

Agência nº:

DV.
Agência:

C/C Nº:

DV.
C/C:

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

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
<input type="checkbox"/>	Platinum	<input type="checkbox"/>	Platinum
<input type="checkbox"/>	Premium	<input type="checkbox"/>	*****
<input type="checkbox"/>	Premium II	<input type="checkbox"/>	Premium II
<input type="checkbox"/>	Soft	<input type="checkbox"/>	Soft
<input type="checkbox"/>	Soft Participativo	<input type="checkbox"/>	Soft Participativo
<input type="checkbox"/>	Unique	<input type="checkbox"/>	Unique

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.:
		/ /

TERMO DE ANUÊNCIA – TROCA DE TITULARIDADE



SGDI /FC N.º.

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

DEPENDENTE 2

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

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

DEPENDENTE 3

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

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

DEPENDENTE 4

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

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

SGDI /FC N.º.

DEPENDENTE 5

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

Origem	PLANO ORIGEM:	Destino	PLANO DESTINO:
	Platinum		Platinum
	Premium		*****
	Premium II		Premium II
	Soft		Soft
	Soft Participativo		Soft Participativo
	Unique		Unique

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: Clínica São Vicente da Gávea – RJ, Hospital Sirio Libanês;
- e) Procedimentos Extra Rol (Com base na última atualização do Rol ANS RN 387 os beneficiários plano Premium contam mais de 380 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, Platinum 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 (e PREMIUM II) dispõe de 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.

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.

SGDI /FC N.º.

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

DIA (ÚTIL):

1º

MÊS

ANO:

5.1 A migração será efetuada a partir do **1º (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):

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):