

FC/OC N.º

1. DADOS - TITULAR

Data de solicitação: __/__/__

NOME:

CPF:

Marque com um "X" o plano de origem (Seu plano atual) e plano destino (Plano Unafisco Saúde desejado) – preencher o quadro a seguir somente se a solicitação de migração também abranger o titular do plano.

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

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) – preencher somente para os beneficiários dependentes ou agregados que terão alteração no plano.

DEPENDENTE 1

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 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

FC/OC N.º

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

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 - MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (*Upgrade ou Downgrade de plano*), DECLARO expressamente:

- 3.1** Haver lido, compreendido, e aceito, sem restrições, o Regulamento do Plano Unafisco Saúde Premium, Premium II, Soft II, Soft Participativo, Unique ou Platinum (conforme o caso e disponíveis no site <https://unafiscosaude.org.br/site/portal-do-beneficiario/>).
- 3.2** Que a MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO estará condicionada a observância das condições de admissão previstas em cada regulamento.
- 3.3** Que a confirmação da MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO se dará quando ocorrer o envio da resposta formal de mensagem eletrônica através do e-mail existente no cadastro do titular, através de protocolo de atendimento registrado pelos canais oficiais do Unafisco Saúde, sejam 0800 ou abertura de fale conosco pelo site.
- 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, considerando o disposto na Resolução Normativa 295/2012, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 3.5** Quando da MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO 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 quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde/coberturas adicionais não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, estando o beneficiário ciente.
- 3.6** Será admitida a MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (*Upgrade ou Downgrade de plano*) 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** Tenho ciência de que o plano Premium (Registro ANS nº 437257023) encontra-se ativo com comercialização suspensa, não sendo permitida a MOVIMENTAÇÃO INTERNA, ou seja, retorno para o referido plano após troca.
- 3.9.1** Tenho ciência de que planos com comercialização suspensa não permitem retorno (nova admissão). Portanto, caso o plano ao qual solicito a saída esteja ou venha a ficar com comercialização suspensa, não poderei solicitar o reingresso.

3.9 DECLARO estar ciente de que, na troca ou exclusão cessará a cobertura para serviços/coberturas exclusivos, a saber:

3.9.1 Troca do Premium "1" (Produto com comercialização suspensa):	3.10.2 Troca do Premium II:
a) Assistência ou internação em regime domiciliar (home care); b) Vacinas preventivas (independentemente de campanha); c) Rede diferenciada, especialmente hospitalar, destacamos: Clínica São Vicente da Gávea - RJ, Hospital Sírio Libanês; e) Procedimentos Extra Rol (*Listagem pré-definida de procedimentos adicionais exclusivos para beneficiários Premium); f) Odontologia com vários procedimentos extra Rol da ANS (Exemplos: Ortodontia, Prótese Dentária); g) Transporte aero médico (*Possível quando o Hospital de origem não oferecer suporte adequado para manutenção da assistência, remoção para a localidade mais próxima. Mediante justificativa por meio de relatório médico e autorização prévia do Unafisco Saúde); h) Transplantes não obrigatórios (Ex. Fígado, coração e pâncreas, seguindo critérios de regulação); i) Check up preventivo (Em forma de campanha).	a) Assistência ou internação em regime domiciliar (home care); b) Vacinas preventivas (independentemente de campanha); c) Rede diferenciada e exclusiva, especialmente hospitalar, Destacamos: Clínica São Vicente da Gávea - RJ, Hospital Sírio Libanês + Rede Star (Copa Star RJ, Vila Nova SP Star e DF Star); e) Procedimentos Extra Rol (*Listagem pré-definida de procedimentos adicionais exclusivos para beneficiários Premium); f) Possibilidade de ampliação do Extra Rol (*Listagem pré-definida de procedimentos adicionais exclusivos para beneficiários Premium II); g) Odontologia com vários procedimentos extra Rol da ANS (Exemplos: Ortodontia, Prótese Dentária); h) Transporte aero médico (*Possível quando o Hospital de origem não oferecer suporte adequado para manutenção da assistência, remoção para a localidade mais próxima. Mediante justificativa por meio de relatório médico e autorização prévia do Unafisco Saúde); i) Transplantes não obrigatórios (Ex. Fígado, coração e pâncreas, seguindo critérios de regulação); j) Check up preventivo (Em forma de campanha).

3.10 Ciente de que os planos SOFT, SOFT PARTICIPATIVO e UNIQUE estão limitados 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.

3.11 Que somente beneficiários do plano Premium, Premium II e Platinum** contam com alguns *procedimentos/coberturas adicionais além daquelas previstas pelo no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (*Pré-estabelecidos e amplamente divulgados pelo Unafisco Saúde).

** Cobertura extra rol exclusivamente para procedimentos odontológicos. Consulte o RHOUS – Platinum.

3.12 Que, RENUNCIO, integralmente, a todas as coberturas assistenciais e serviços diferenciados e exclusivos oferecidos no plano atual Premium ou Premium II, a partir da efetiva alteração de plano conforme opção escolhida, considerando o pagamento de mensalidades de valores menores.

3.13 Que a administração do Unafisco Saúde poderá solicitar documentação complementar para compor o processo de MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano).

3.14 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.

3.15 Na migração do Premium "1" para o Premium II não haverá perda de qualquer benefício vigente, ficando dispensada de cumprimento de carências.

3.16 Caso a migração ocorra a partir de plano que esteja fora de comercialização não será possível retornar ao plano anterior, a exemplo do Plano Premium "1".

FC/OC N.º

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. ANEXO DE CARÊNCIAS

Integra o presente termo o **ANEXO DE CARÊNCIAS**, correspondente aos serviços/procedimentos para os quais os beneficiários devidamente identificados neste documento passarão a ter acesso a cobertura tão logo findo o prazo estabelecido.

5.1 Para que as carências já cumpridas em outros planos possam ser aceitas não será admitido interregno entre a data de saída do plano de origem e a data de inscrição no novo Plano.

6. DATA MIGRAÇÃO (Indicar a partir de qual mês/ano)

DIA (ÚTIL):

1º

MÊS

ANO:

6.1 A MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano) será efetuada a partir do **1º (primeiro)** dia útil do mês seguinte ao do pedido formulado.

6.2 IMPORTANTE: A garantia ao pedido de MOVIMENTAÇÃO INTERNA/TROCA DE PLANO (Upgrade ou Downgrade de plano) estará condicionado ao **recebimento da documentação completa e formulário preenchido e assinado, até o dia 19 (dezenove) do mês anterior.** A documentação deverá ser enviada através do site unafiscosaude.org.br/fale conosco.

7. ASSINATURA DO TITULAR NO PLANO

(Data): ____/____/____

Por (Assinatura do titular do plano):

ANEXO DE CARÊNCIAS

Caso haja carências na modalidade atual, essas serão mantidas no plano destino. Para as demais, seguir o quadro:

CARÊNCIAS

TIPO	CARÊNCIAS NO PLANO ATUAL	PRAZO (EM DIAS) NOVO PLANO
Consultas	CUMPRIDAS	0
Home Care (Assistência Domiciliar) exclusivo para migração para os planos Premium I e II	A CUMPRIR	180
Hospitais exclusivos Premium II – Rede Star Premium I e II - Clínica São Vicente da Gávea - RJ, Hospital Sirio Libanês e Hospital do Coração (Hcor) – SP Platinum – Copa D'or	A CUMPRIR	180
Internações cirúrgicas/eletivas	CUMPRIDAS	0
Odontologia – Procedimentos simples/preventivos - caso inexistente no plano atual. Se existir, não há carência.	A CUMPRIR	90
Migração para: Platinum: Odontologia (Extra Rol) – Procedimentos complexos Premium I e II: Procedimentos complexos e Próteses dentárias, enxerto ósseo, Ortodontia, Implantodontia	A CUMPRIR	180
Parto	CUMPRIDAS	0
Procedimentos adicionais ao extra rol obrigatório exclusivos para planos Premium I e II e extra-rol odontológico do Platinum *Consultar listagem por meio do site www.unafiscosaude.org.br	CUMPRIDAS	180
Procedimentos complexos (Exs: ressonâncias, cintilografias, tomografias, quimioterapias, radioterapias etc.)	CUMPRIDAS	0
Procedimentos simples (Exs: exames simples, terapias simples, fisioterapias e tratamentos ambulatoriais, serviços de menor complexidade técnica, baixo custo e preventivos, raio X, exames laboratoriais, mamografia etc.)	CUMPRIDAS	0
Transporte aéreo médico exclusivo para planos Premium I e II *Possível quando o hospital de origem não oferecer suporte adequado para manutenção da assistência, remoção para a localidade mais próxima. Mediante justificativa por meio de relatório médico e autorização prévia do Unafisco Saúde.	A CUMPRIR	180
Urgência e Emergência	CUMPRIDAS	0
Urgência e emergência odontológica	CUMPRIDAS	0
Vacinas (Imunizações preventivas) Platinum: vacinação em campanha Premium I e II: vacinação a qualquer tempo	A CUMPRIR	90