

Formulário Seguro Saúde

Opção Cadastro de Inativos

1. Dados do Titular

Nome do Titular	Código do Cartão de Identificação (quando ativo)
Nome da Mãe	-
CPF/MF do Titular	Situação
-	<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Demitido sem justa causa ou exonerado

2. Dados dos Dependentes

1	Nome do Dependente	
	Nome da Mãe	
	Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de nascidos vivos para crianças nascidas a partir de jan/10
2	Nome do Dependente	
	Nome da Mãe	
	Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de nascidos vivos para crianças nascidas a partir de jan/10
3	Nome do Dependente	
	Nome da Mãe	
	Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de nascidos vivos para crianças nascidas a partir de jan/10
4	Nome do Dependente	
	Nome da Mãe	
	Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de nascidos vivos para crianças nascidas a partir de jan/10

Tempo em que o Segurado contribuiu para o Plano	anos meses
Valor do último desconto a título de contribuição no seguro saúde	R\$
Data de desligamento da empresa	/ /
Data de término do benefício/acordo coletivo (se houver)	/ /
Início/Término de Vigência no Plano (Uso exclusivo Seguradora)	/ /
Plano	<input type="checkbox"/> Permanecer no mesmo Plano <input type="checkbox"/> Reduzir para o Plano

3. Dados Bancários

Nome do Banco	Número do Banco	Nome da Ag.	Número da Ag.	Número da Conta
---------------	-----------------	-------------	---------------	-----------------

4. Endereço de Cobrança

Endereço	Complemento		
Bairro	Cidade	UF	
CEP	Telefone ()	Fax ()	E-mail

4. Observações

O funcionário está ciente de que:

- a) a cobertura tem validade a partir do 1º dia do mês subsequente à solicitação de adesão e pelo tempo estabelecido pela Lei nº 9656/98;
- b) o direito de permanência cessará, definitivamente, na data em que o ex-empregado assumir um novo emprego ou atividade remunerada, **responsabilizando-se em comunicar por escrito à Unimed Seguros Saúde a sua admissão sob pena de, não o fazendo, ser responsabilizado pessoalmente por todas as despesas assumidas pela Seguradora durante o período não comunicado, além das perdas e danos;**
- c) a permanência no seguro saúde será de acordo com o mesmo plano que tinha enquanto empregado ou plano inferior, caso a empresa tenha contratado para o grupo ativo e, desde que o empregado faça essa opção **por seu exclusivo interesse;**
- d) **será responsável pelo pagamento integral do prêmio;**
- e) estarão inclusos todos os dependentes que já constavam no plano anteriormente, exceto os que perderem a condição de dependência;
- f) o Segurado é responsável pela declaração de dependentes, **respondendo por qualquer falha ou omissão que possa induzir a Seguradora a erro quanto à aceitação daqueles;**
- g) a Seguradora reserva-se o direito de exigir documentação comprobatória de dependência econômica, sempre que julgar necessário.
- h) caso seja rescindido o contrato do estipulante ao qual o segurado principal estava vinculado quando ativo, seu contrato estará, automaticamente, cancelado;
- i) o Plano de Inativos contempla somente as coberturas médico-hospitalares e não inclui os Benefícios Especiais, tais como SEA e outros.

Informar abaixo quais os Segurados que NÃO deverão permanecer no plano e justificar a perda de dependência.

Assinaturas

Assinatura da Empresa (sob carimbo contendo o CNPJ/MF)

Assinatura do Segurado