

PROPOSTA DE ADESÃO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIASNome do(a) Beneficiário(a)
PLANO DE ORIGEMNome da operadora
Registro da operadora na ANS
Nome do plano
Registro do plano na ANS
Segmentação do Plano
Data de Inclusão
Último pagamento em:

Exerceu portabilidade?

 Não Sim

Cumpriu ou está cumprindo CPT?

 Não Sim**PLANO DE DESTINO**

Nome da operadora

Unimed Ferj

Registro da operadora na ANS

31.236-3Nome do plano
Registro do plano na ANS
PRINCIPAIS DOCUMENTOS APRESENTADOS

- Comprovante de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas
- Comprovante de prazo de permanência no plano de origem
- Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino
- Comprovante de vínculo com o titular ou pessoa jurídica contratante do plano
- Comprovação referente ao empresário individual, quando for o caso
- Cópia da Declaração de Saúde preenchida no plano de origem, caso o(a) beneficiário(a) esteja em cumprimento de CPT

QUESTIONAMENTOS COMPLEMENTARES

Está internado?

 Não SimCaso afirmativo, informar em qual Hospital:

Há previsão para internação?

 Não SimCaso afirmativo, informar em qual Hospital:
DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:

1. A Unimed Ferj tem até 10 (dez) dias, contados da data de assinatura desta Proposta, para concluir sua análise, bem como da documentação entregue no ato;
2. a Unimed Ferj me enviará correspondência, caso não haja atendimento aos requisitos mínimos para exercício da Portabilidade de carências, justificando sua recusa;
3. as coberturas e serviços adicionais do plano de origem não estão contempladas no plano de destino escolhido, sendo o atendimento limitado aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
4. nos planos com segmentação exclusivamente odontológica, é desconsiderada a exigência de preenchimento dos campos que tratam da CPT e os questionamentos complementares;
5. após conclusão da análise da documentação e aceite da Unimed Ferj, o início de vigência do meu contrato ocorrerá conforme acordo contratual da empresa contratante, que dar-se-á em ___ / ___ / ____;
6. declaro, ainda, que as informações por mim prestadas nesta Proposta são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Beneficiário(a)