

Contrato / Proposta de Adesão



Nº do Cartão _____

Nome do Estipulante		CNPJ		Quando Administradora - Registro na ANS:		
Nome do Subestipulante		CNPJ				
<input type="checkbox"/> Inclusão Inicial	<input type="checkbox"/> Inclusão de Dep./Agreg.	<input type="checkbox"/> Alteração	Nome do Produto	Nº de Registro ANS	Vigência	Carência do Titular (Uso Seguradora)
<input type="checkbox"/> 1ª	<input type="checkbox"/> 2ª	Portabilidade de Carências				

Dados do Proponente

Nome		CNS - Cartão Nacional de Saúde				
Nome Completo da Mãe do Proponente						
Nome do Responsável (em caso de menor) ou Titular						
Endereço			Nº		Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP	DDD - Telefone Celular ()
DDD - Telefone Residencial ()		E-mail				Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Data de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			CPF	
DN - Declaração de Nascido Vivo		PIS/PASEP		Profissão (ocupação atual)		

Relação de Dependentes e Agregados

01	Nome Completo					CNS - Cartão Nacional de Saúde	
<input type="checkbox"/> Dep.	CPF	Nome Completo da Mãe					
<input type="checkbox"/> Agreg.	DN - Declaração de Nascido Vivo	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Nacionalidade		
	PIS/PASEP	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			Código e Carência (Uso da Seguradora) <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/> Normal		
02	Nome Completo					CNS - Cartão Nacional de Saúde	
<input type="checkbox"/> Dep.	CPF	Nome Completo da Mãe					
<input type="checkbox"/> Agreg.	DN - Declaração de Nascido Vivo	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Nacionalidade		
	PIS/PASEP	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			Código e Carência (Uso da Seguradora) <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/> Normal		
03	Nome Completo					CNS - Cartão Nacional de Saúde	
<input type="checkbox"/> Dep.	CPF	Nome Completo da Mãe					
<input type="checkbox"/> Agreg.	DN - Declaração de Nascido Vivo	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Nacionalidade		
	PIS/PASEP	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			Código e Carência (Uso da Seguradora) <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/> Normal		
04	Nome Completo					CNS - Cartão Nacional de Saúde	
<input type="checkbox"/> Dep.	CPF	Nome Completo da Mãe					
<input type="checkbox"/> Agreg.	DN - Declaração de Nascido Vivo	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Nacionalidade		
	PIS/PASEP	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			Código e Carência (Uso da Seguradora) <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/> Normal		
05	Nome Completo					CNS - Cartão Nacional de Saúde	
<input type="checkbox"/> Dep.	CPF	Nome Completo da Mãe					
<input type="checkbox"/> Agreg.	DN - Declaração de Nascido Vivo	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Nacionalidade		
	PIS/PASEP	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			Código e Carência (Uso da Seguradora) <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/> Normal		

Dados de Cobrança

Responsável Financeiro <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Outro	Nome Completo				CPF - Responsável Financeiro	
Nº Banco	Nome do Banco	Agência	Nº Conta	TC	CO	

TC - Tipo de Conta: C corrente ou P poupança / CO - Código de Operação

A forma de pagamento referente ao plano de assistência à saúde será débito em conta e ocorrerá no dia _____ do mês de cobertura do benefício.

Autorizo _____ a realizar o débito em conta do valor referente à mensalidade e à coparticipação do plano de assistência à saúde escolhido nesta proposta de adesão, conforme dados bancários informados neste item.

Local e Data

Assinatura do Responsável Financeiro

Prêmios do Seguro

Para os Segurados Titulares, Dependentes e Agregados serão cobrados mensalmente, os valores abaixo mencionados:

Faixas Etárias	Titular	Dep./Agreg. 1	Dep./Agreg. 2	Dep./Agreg. 3	Dep./Agreg. 4	VALOR TOTAL R\$
0 a 18 anos						
19 a 23 anos						
24 a 28 anos						
29 a 33 anos						
34 a 38 anos						
39 a 43 anos						
44 a 48 anos						
49 a 53 anos						
54 a 58 anos						
A partir de 59 anos						
TOTAL R\$						

Declaração do Proponente

Eu, PROPONENTE, declaro que:

- Todas as declarações feitas nesta Proposta são verdadeiras e completas, bem como a declaração de saúde anexa por mim preenchida; por isso assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, tenho conhecimento do que dispõe a respeito da Lei 9.656/98, das consequências, suspensão de cobertura, rescisão contratual, perda dos prêmios pagos e de responsabilidade por despesas realizadas, caso venha a ser comprovada, a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente de que tinha conhecimento.
- Recebi do Corretor / Agenciador a orientação necessária à realização deste seguro e esclarecimento completo sobre o conteúdo das Condições da Apólice e não tenho dúvidas sobre o conteúdo de todas as suas cláusulas.
- Antes de optar pelo plano descrito nesta proposta, fui esclarecido sobre as condições do Plano Referência e que está disponível para aquisição.
- Optei pelo plano: () Hospitalar com Obstetrícia () Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Local e Data

Assinatura do Proponente

Dados do Escritório Regional / Agenciador / Corretor de Seguros / Administradora

Código do E. R.	Cód. / Nome Agenciador	Cód. / Nome da Administradora / nº ANS	Cód. / Nome do Corretor / nº SUSEP
E-mail do Corretor			
Código de Venda	Código do Executivo de Relacionamento	Código do Agente	

Entreguei as Condições Gerais deste seguro ao Proponente e o esclareci sobre todas as cláusulas, especialmente as restritivas de direitos, e demais elementos do contrato.

Local e Data

Assinatura do Agenciador / Corretor

Unimed Seguros Saúde S.A. | CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81

Caixa Postal 12321 | São Paulo - SP | CEP: 01410-901

www.segurosunimed.com.br

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

ANS - nº 00.070-1

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO Nº

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc. *) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

_____/_____/_____
local data

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre operadora e o beneficiário

_____/_____/_____
local data

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE Nº

Preenchimento obrigatório para os itens de 1 a 20.

RESPONDA DE PRÓPRIO PUNHO, INDICANDO “S” (SIM) OU “N” (NÃO), E AS EXPLICAÇÕES, SE FOR O CASO.

Titular D/A 1 D/A 2 D/A 3 D/A 4 D/A 5

Declare o peso atual:									
Declare a altura atual:									
1	Teve alguma doença que resultou em internação nos últimos 2 anos? (Qual?)								
2	Foi submetido(a) a internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas, nos últimos 5 anos? Caso positivo, informe quando e qual doença.								
3	Possui alguma doença hereditária ou congênita? (Qual?)								
4	É portador de alguma doença que desencadeou seqüela física? (Qual?)								
5	É portador de alguma doença que necessitará de transplante?								
6	É portador de doença renal que necessite diálise e/ou hemodiálise?								
7	É portador de câncer? (Informar localização)								
8	Tem ou teve alguma doença oftalmológica, como catarata, glaucoma, astigmatismo, miopia, hipermetropia ou outra? Fez cirurgia refrativa?								
9	Tem ou teve alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite ou outra?								
10	É portador de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, doença da vesícula biliar ou outras?								
11	É portador de alguma doença ortopédica como hérnia de disco, osteoporose ou outros?								
12	É portador de alguma doença neurológica como mal de Parkinson, doenças de Alzheimer, epilepsia ou outros?								
13	É portador de alguma doença cardíaca, circulatória (varizes e outras), hipertensiva ou diabetes?								
14	É portador de alguma doença ginecológica / urológica?								
15	É portador de hérnia inguinal, umbilical, incisional ou outras?								
16	É portador de alguma doença infectocontagiosa, inclusive AIDS ou hepatite?								
17	É portador de alguma doença psiquiátrica, como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas ou outra?								
18	Teve alguma patologia que necessitou de tratamento psicológico ou psicoterápico? (Qual?)								
19	É portador ou já sofreu de alguma doença do aparelho respiratório, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema ou outra?								
20	Tem ou teve alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores?								

Esclarecimento Obrigatório

Quando a resposta a algum dos itens de 01 a 20 da “Declaração de Saúde” for afirmativa, especifique a razão, informando datas, tratamentos, situação atual que considerar importante para a avaliação de situação médica.

Item	Titular/Dep./Agreg. Nº	Esclarecimentos

Declaração do Proponente

Assinalar uma opção:

- Declaro que fui orientado por médico referenciado da Unimed Seguros Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.
- Declaro que fui orientado por meu médico particular, não referenciado da Unimed Seguros Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde, arcando com o ônus da consulta.
- Declaro que entendi o conteúdo de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e que dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo toda responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Assinatura do Proponente

Unimed Seguros Saúde S.A. | CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81

Caixa Postal 12321 | São Paulo - SP | CEP: 01410-901

www.segurosunimed.com.br

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

ANS - nº 00.070-1

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A ACEITAÇÃO Nº

1 - No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes/agregados.

3 - A Seguradora poderá, antes de aceitar o seguro, exigir consultas, exames ou informações médicas complementares sobre o proponente e seus dependentes/agregados. Nesta hipótese, a proposta será considerada não aceita, até o cumprimento das exigências, que serão submetidas a novo processo de aceitação.

4 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida somente a:

Cobertura Parcial Temporária – o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24(vinte e quatro) meses.

Não será oferecida a opção de agravo.

5 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**

6 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

7 - Recebeu e concorda com as responsabilidades relativas ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

Local e Data

Assinatura do Proponente

Análise de Cartão Proposta Seguro Saúde Coletivo (Uso da Seguradora)

Seguro Regulamentado
 Seguro Não Regulamentado
 Reanálise
 Data do Envio: ____ / ____ / ____

Item	Titular/Dep./Agreg.	CPT	CID/Esclarecimentos

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor