



REQUERIMENTO 2ª VIA CARTEIRINHA PLANO DE SAÚDE



A3

QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Matrícula: _____

Associado: _____ E-mail: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

1) Nome: _____ Data Nasc: _____ CPF: _____

Nº da Carteira Antiga : _____ Motivo Solicitação Perda Roubo Outro _____

2) Nome: _____ Data Nasc: _____ CPF: _____

Nº da Carteira Antiga : _____ Motivo Solicitação Perda Roubo Outro _____

3) Nome: _____ Data Nasc: _____ CPF: _____

Nº da Carteira Antiga : _____ Motivo Solicitação Perda Roubo Outro _____

4) Nome: _____ Data Nasc: _____ CPF: _____

Nº da Carteira Antiga : _____ Motivo Solicitação Perda Roubo Outro _____

5) Nome: _____ Data Nasc: _____ CPF: _____

Nº da Carteira Antiga : _____ Motivo Solicitação Perda Roubo Outro _____2290K6 – EST/APTO/00%
2290K9 – EST/ENF/00%2289K6 – NAC/APTO/00%
2410K6 – NAC/APTO/00%
2289K9 – NAC/ENF/00%
2411K9 – NAC/ENF/00%2411EC – EST/ENF/50%
2411RC – REG/ENF/50%

TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio deste instrumento requerer a 2ª via da carteirinha do plano de saúde UNIMED dos beneficiários descritos, bem como declara estar ciente dos seguintes termos:

Caso a consignação em folha de pagamento não possa por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretroatável, que sejam debitados os valores referentes às despesas do plano de saúde Unimed em conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos. Caso não haja o pagamento da mensalidade por 2 (dois) meses o plano poderá ser cancelado.

Tenho ciência da cobrança da taxa de inscrição e, se for o caso, de pro-rata mensalidade e dos direitos constados nos contratos referentes aos planos contratados. Bem como dos direitos constados no Plano de Benefício, com base nos termos do artigo 7º §§ 1º e 2º do Estatuto Social no que trata da inclusão ou permanência de dependentes.

Para CANCELAMENTO:

O Requerimento deverá ser protocolado nas unidades de atendimento da Abepom (Sede , Clinipons e Postos), sem pendência de documentos ou preenchimento. O cancelamento pode ser imediato ou programado, e a mensalidade será cobrada até a data solicitada. Deverei enviar a carteira com o formulário correspondente, caso não ocorra, poderei sofrer descontos futuros de utilização não cobrada;

Para INCLUSÃO:

O requerimento deverá ser protocolado na sede da ABEPOM, sem pendência de documentos ou preenchimento, até o dia 9 do mês, para ter início de cobertura no primeiro dia do mês subsequente; Deverá ser observada a data de corte, se cair no final de semana o dia de entrega deverá ser antecipado.

Para MIGRAÇÃO E TRANSFERÊNCIA:

O requerimento deverá ser protocolado na sede da ABEPOM até o dia 9 do mês para ter início de cobertura no novo plano no primeiro dia do mês subsequente; Deverá ser observada a data de corte, se cair no final de semana o dia de entrega deverá ser antecipado.

Outras Informações:

A operadora cobra taxa pela emissão de segunda via do cartão; O reajuste da mensalidade é anual, a data está estabelecida em contrato com as operadoras, o índice é o que prevê a legislação e regulamentado pela ANS; A coparticipação é o valor pago pelas consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais, limitado ao valor estabelecido pelo plano por procedimento e este é acrescido de 2,5% para cobrir despesas administrativas e cobrança;

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do ASSOCIADO: _____