

PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE PLANO

UNIMED-RIO CONTRATO 2

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

NOME			
LOTAÇÃO	MATRÍCULA SIAPE	CPF	
ENDEREÇO (Rua, Av., Pça, Nº, Complemento)			
CONTINUAÇÃO ENDEREÇO	BAIRRO		
CIDADE	UF	CEP	DATA DE NASCIMENTO
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE COMERCIAL	TELEFONE CELULAR	
E-MAIL			

ALTERAR O PLANO DO GRUPO FAMILIAR PARA:

 1 - ALFA DENTAL 2 - BETA 3 - DELTA

- a)** quando a transferência implicar aumento de cobertura assistencial, os usuários deverão cumprir as carências previstas no contrato para os novos atendimentos, a contar da data de transferência, ficando garantida, no entanto, a utilização das coberturas do plano anterior cujas carências já tenham sido cumpridas;
- b)** quando a transferência implicar mudança de rede assistencial e/ou tipo de acomodação para padrão superior, os usuários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias, para internações, ficando garantida, no entanto, a utilização da rede assistencial e/ou o tipo de acomodação do plano de origem, se já cumprida a carência correspondente;
- c)** quando a transferência implicar redução de coberturas, não haverá interrupção para os atendimentos cujas carências já tenham sido cumpridas, devendo os usuários, no entanto, continuar cumprindo os períodos de carência que estiverem em curso;
- d)** quando a transferência implicar mudança de rede e/ou tipo de acomodação para padrão inferior, o atendimento continuará sendo prestado sem interrupção, desde que a transferência seja realizada após 12 (doze) meses contados da última internação hospitalar do usuário a ser transferido, caso esta tenha havido, e que ele não esteja cumprindo carências;
- e)** a transferência do USUÁRIO TITULAR acarretará a transferência dos seus usuários dependentes eventualmente inscritos;
- f)** os usuários transferidos serão inscritos em outro produto devidamente registrado na ANS e com número de registro próprio e distinto do produto de origem.

AUTORIZAÇÃO / DECLARAÇÃO

Autorizo a UNIMED-RIO a realizar a cobrança dos valores das mensalidades e outros custos decorrentes da minha participação e de meu grupo familiar acima relacionado no contrato de prestação deste serviço, ao qual aderi voluntariamente, tendo ciência e concordando com os termos do contrato firmado entre a Estipulante SIAS e a Empresa Contratada. A referida autorização é válida para cobrança via boleto bancário mensal ou débito em conta. Declaro estar ciente e concordar com o seguinte: a) que em caso de mudança de meu endereço residencial deverei imediatamente comunicar à SIAS; b) que o não pagamento das mensalidades no vencimento acarretará a cobrança de encargos moratórios previstos em contrato; c) que o não pagamento das mensalidades e outros custos acarretará o cancelamento de minha inscrição e de meu grupo familiar no contrato assistencial aqui referido, o que não implicará na quitação do débito; d) que quando não ocorrer a cobrança dos valores devidos, deverei procurar a UNIMED-RIO ou a SIAS para viabilização do pagamento.

Estou ciente que:

- 1) a solicitação recebida na SIAS/Mapma até o dia 10 será analisada e processada para o 1º dia útil do mês subsequente;
- 2) o vencimento do plano ocorrerá todo 5º dia de cada mês, sob a forma de pós-pagamento.

LOCAL E DATA

ASSINATURA