



**Alterações no material de
comercialização - PF**

3º trimestre/2017



Unimed

Material de comercialização PF - 3º trimestre



A Unimed-Rio realizou ajustes no material de comercialização que serão válidos a partir do 3º trimestre:

- As instruções de preenchimento foram transferidas para o início da Proposta Contratual. Com isso, o cliente poderá destacar a folha única e verificar de que forma deverá preencher cada campo da Proposta, evitando possíveis erros.

Obs.: Essa via é exclusiva do contratante e não necessita de assinaturas.

- Os produtos sem coparticipação, com abrangência nacional (**Alfa 2, Beta 2, Delta 2 e Ômega Plus**) foram incluídos na primeira página da Proposta Contratual. Sendo assim, a “**Declaração de Produtos Nacionais**” não será mais utilizada.
- A tabela “**VI. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS**” teve o seu formato alterado para contemplar os valores sem desconto promocional e com desconto promocional, quando for o caso.
- O texto que trata sobre o “**DESCONTO PROMOCIONAL**” que constava na declaração de produtos nacionais foi transferido para o aditivo promocional.
- A marcação dos opcionais **SOS Unimed e Transporte Aeromédico** foram retirados da proposta contratual, pois devem ser contratados exclusivamente em documentação própria “**Proposta Opcionais - Versão 04/2016**”.
- A **Proposta Pessoa Física Dental** foi toda reformulada para seguir o mesmo padrão da **Proposta Pessoa Física Saúde**.

A collection of green line-art icons including a speech bubble with quotation marks, a calendar with a checkmark, a target with an arrow, an alarm clock, and several stars.

	SAÚDE PESSOA FÍSICA	PROPOSTA CONTRATUAL		1/2
	Contratação individual ou familiar	Instruções de Preenchimento	Nº identificação Proposta	Versão 07/2017

- Via exclusiva do contratante.
- Não necessita de assinatura.

Via esclusiva Contratante

Proposta Contratual - Pessoa Física



Unimed Rio		SAÚDE PESSOA FÍSICA PROPOSTA CONTRATUAL		1/4
Contratação individual ou familiar		Nº identificação Proposta		Versão 07/2017
Reservado à Unimed-Rio				
I. DADOS DO CORRETOR				
1. Concessionária		2. Nome		3. Cód. Local de venda
3. CPF		4. Código		
II. DADOS DO PLANO CONTRATADO				
Selecione o seu Plano	Sem Coparticipação			
	Rede	Registro ANS	Contrato	
	Alfa 2	467.667/12-0	Unimed Alfa 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016	
	Beta 2	467.669/12-6	Unimed Beta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016	
	Delta 2	467.671/12-8	Unimed Delta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016	
	Ômega Plus	467.700/12-5	Unimed Ômega Plus - Individual ou Familiar - Versão 10/2016	
	Com Coparticipação			
	Rede	Registro ANS	Contrato	
	UniPart Básico QC	474.213/15-3	UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/2016	
	UniPart Básico QP	474.212/15-5	UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016	
UniPart Especial	474.211/15-7	UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016		
Observação: Verifique a disponibilidade dos planos no período da contratação.				
III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR				
1. Nome do Beneficiário Titular				
2. Data de Nasc.				
3. Sexo				
4. Est. Civil				
5. CPF do Titular				
6. Declaração de Nascido Vivo				
7. Número de Identidade				
8. Orgão Expedidor				
9. Cartão Nacional de Saúde				
10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular				
11. Nome do Pai do Beneficiário Titular				
12. Possui Plano Anterior?				
13. Qto. Tempo?				
14. Qual Operadora?				
15. Cond. Promocional(is)				
☐ Não ☐ Sim (anexar doc. comprobatória)				
16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz)				
17. CPF Contratante				
IV. ENDEREÇO				
1. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv, Pç)				2. Número
3. Complemento				4. Bairro
5. CEP				6. Cidade
7. UF				8. DDD Telefone
9. DDD Celular				10. E-mail (comunicação institucional/operacional)
Rubrica				
Contact Center/SAC: 4020 3861 e 0800 079 3821 - Deficiente Auditivo/Fala: 0800 286 0234				
1ª Via Unimed-Rio 2ª Via Contratante 3ª Via Corretor				
ANS - Nº 39.332-1				

II. DADOS DO PLANO CONTRATADO

Selecione o seu Plano	Sem Coparticipação		
	Rede	Registro ANS	Contrato
	Alfa 2	467.667/12-0	Unimed Alfa 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
	Beta 2	467.669/12-6	Unimed Beta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
	Delta 2	467.671/12-8	Unimed Delta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
	Ômega Plus	467.700/12-5	Unimed Ômega Plus - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
	Com Coparticipação		
	Rede	Registro ANS	Contrato
	UniPart Básico QC	474.213/15-3	UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/2016
	UniPart Básico QP	474.212/15-5	UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016
	UniPart Especial	474.211/15-7	UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016

Observação: Verifique a disponibilidade dos planos no período da contratação.

Inclusão na Proposta Contratual dos produtos sem coparticipação, com abrangência nacional (Alfa 2, Beta 2, Delta 2 e Ômega Plus).

Proposta Contratual - Pessoa Física



Unimed Rio	SAÚDE PESSOA FÍSICA	PROPOSTA CONTRATUAL	3/4
	Contratação individual ou familiar	Nº identificação Proposta	Versão 07/2017

Reservado à Unimed-Rio

VI. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS - R\$

Valores	Titular	1º Dep./Agr.	2º Dep./Agr.	3º Dep./Agr.	Subtotal
Valor Mensalidade (sem desconto promocional)					
Valor Mensalidade (com desconto promocional)					
Valor Opcionais					
Total Mensalidade (com desconto promocional)	Valor da Mensalidade durante o período promocional				
Total Mensalidade (sem desconto promocional)	Valor da Mensalidade após o período promocional				
Taxa de implantação	Valor único por contrato				

Observação: Conforme previsto no contrato, o valor da mensalidade poderá ser reajustado por deslocamento e faixa etária. Caso esse reajuste seja aplicado durante o período promocional, o desconto incidirá no valor da mensalidade reajustada. Informações sobre o período promocional estão disponíveis no Aditivo Promocional.

VII. DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

☐ Não ☐ Sim (Preencher em caso afirmativo)

1. Nome do Banco _____ 2. Nº Banco _____ 3. Nº Agência/Dígito _____ 4. Nº Conta Corrente/Dígito _____

ATENÇÃO: Efetue o pagamento do boleto de cobrança enquanto o mesmo não apresentar o aviso de débito automático. O boleto será enviado para o e-mail indicado nos dados cadastrais do Beneficiário Titular.

VIII. RECIBO (para uso exclusivo do Corretor)

Condicionamente à vigência do contrato, recebi a importância de R\$ _____

(_____)

correspondente ao total dos valores do produto e opcional(is) contratados e a taxa de implantação. Estou ciente de que esta Proposta Contratual e demais documentos exigidos devem ser entregues na Sede da Unimed-Rio, dentro de 2 (dois) dias, a contar desta data, de acordo com as condições contratuais.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Corretor

Rubrica

Contact Center/SAC: 4020 3861 e 0800 079 3821 - Deficiente Auditivo/Fala: 0800 286 0234
1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

ANS - Nº 39.332-1

Nova tabela com o total dos valores contratados:

A tabela com o total dos valores contratados teve seu formato alterado.

O novo modelo foi padronizado ao formato que constava na declaração de produtos nacionais, discriminando os valores das mensalidades com e sem desconto promocional.

A collection of green line-art icons including a speech bubble with quotation marks, a calendar with a checkmark, a target with an arrow, an alarm clock, and several stars.

Unimed-Rio

SAÚDE PESSOA

Contratação individual
Período de contratação:

Por meio desta, na qualidade de Contratante, declaro que sou titular do produto contratado, de acordo com as condições promocionais.

CONDIÇÃO 1

Venda Nova - Beneficiários sem redução parcial do cumprimento da carência prevista no contrato aditando, exclusivamente para os beneficiários Unimed-Rio.

CONDIÇÃO 2

Venda Nova - Beneficiários com redução parcial do cumprimento da carência prevista no contrato aditando, exclusivamente para os beneficiários Unimed-Rio.

- Idade inferior a 59 (cinquenta e nove) anos;

- Contarem com, no mínimo, 30 dias entre a presente contratação e a anterior;

- Tenham sido inscritos no plano de saúde antes da assinatura da Proposta Contratual.

CONDIÇÃO 3

Transferência de Modalidade de contratação para Venda Nova - Beneficiários com redução parcial do cumprimento da carência prevista no contrato aditando, exclusivamente para os beneficiários Unimed-Rio.

Aproveitamento dos benefícios do plano de saúde será aplicado a partir da data de exclusão da modalidade de contratação anterior.

- Na hipótese de mudança de endereço, o beneficiário deverá utilizar a rede assistencial da carência prevista.

- Na hipótese de inclusão em outro plano de saúde, o beneficiário deverá apresentar a documentação necessária para a transferência de carência.

- Na hipótese de cancelamento do plano de saúde, o beneficiário deverá apresentar a documentação necessária para a reativação do plano de saúde.

Os beneficiários do plano de saúde ou lesões preexistentes permanecem com a mesma situação ativa, com exceção das condições acima mencionadas.

DECLARO TER CIÊNCIA DE QUE:

- A Unimed-Rio concederá desconto de 10% (dez por cento) na contratação de produto sem coparticipação e abrangência nacional, que incidirá única e exclusivamente sobre a mensalidade da assistência médica, aplicável da primeira até a sexta mensalidade do produto objeto da Proposta Contratual. A partir da sétima mensalidade deverá ser pago o valor integral, cessando por completo o desconto.
- Constará na Proposta Contratual o número da condição a ser aplicada a cada beneficiário do contrato, quando aplicável.
- Qualquer condição especial descrita neste documento tem caráter promocional exclusivo no ato da contratação e sua efetiva aplicação estará condicionada à análise da documentação anexa, que deverá comprovar os requisitos necessários para obtenção da mesma.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Contratante

Contact Center/SAC: 4020 3861 e 0800 079 3821 - Deficiente Auditivo/Fala: 0800 286 0234
1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante

ANS - Nº 39.332-1

Opcionais - Pessoa Física



SAÚDE PESSOA FÍSICA		PROPOSTA CONTRATUAL		1/3
	Contratação individual ou familiar	Nº identificação Proposta	Versão	04/2016
I. DADOS DO CORRETOR				
1. Concessionária	2. Nome	3. CPF	4. Código	5. Cód. Local de venda
II. DADOS DO PLANO CONTRATADO				
Saúde com Coparticipação				
Rede	Registro ANS	Contrato		
UniPart Básico QC	474.213/15-3	UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/2016		
UniPart Básico QP	474.212/15-5	UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016		
UniPart Especial	474.211/15-7	UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016		
Opcionais				
☐ SOS Unimed ☐ Transporte Aeromédico				
III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR				
1. Nome do Beneficiário Titular				
2. Data de Nasc.	3. Sexo	4. Est. Civil	5. CPF do Titular	6. Declaração de Nascido Vivo
7. Número de Identidade	8. Órgão Expedidor	9. Cartão Nacional de Saúde		
10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular				
11. Nome do Pai do Beneficiário Titular				
12. Possui Plano Anterior?				
☐ Não ☐ Sim (anexar doc. comprobatória)				
13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is)				
16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante				
IV. ENDEREÇO				
1. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.)				2. Número
3. Complemento				4. Bairro
5. CEP	6. Cidade	7. UF	8. DDD Telefone	
9. DDD Celular		10. E-mail (comunicação institucional/operacional)		
11. Opto por receber o boleto da seguinte forma:				
☐ E-mail ☐ Ou impresso no endereço: ☐ Residencial ☐ De correspondência				
O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.com.br de forma ágil e segura.				
12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.)				13. Número
14. Complemento				15. Bairro
16. CEP	17. Cidade	18. UF		
Assinatura				
Contact Center/SAC: 4020 3861 e 0800 079 3821 - Deficiente Auditivo/Fala: 0800 286 0234				
1ª Via Unimed-Rio 2ª Via Contratante 3ª Via Corretor				
ANS - Nº 39.332-1				

Modelo antigo

Opcionais

☐ SOS Unimed ☐ Transporte Aeromédico



Opcionais:

- Retirada da marcação na primeira página da proposta.
- A contratação dos serviços deve ser feita via **documentação própria**.

Proposta Opcionais



Opcionais - Pessoa Física



Unimed-Rio	SAÚDE Pessoa Física Ágil 30	PROPOSTA OPCIONAIS	1/1
Individual ou Familiar Empresarial de 02 a 29 beneficiários		Nº identificação Proposta	Versão 04/2016

SOS Unimed	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
Atendimento médico domiciliar e pré-hospitalar em caso de condição clínica caracterizada como de urgência ou emergência no município do Rio de Janeiro, Grande Rio, Niterói e São Gonçalo.			
Transporte Aeromédico	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
Transporte por meio de aeronave de paciente que esteja em situação de emergência com risco à vida, de um centro médico hospitalar para outro com melhores recursos de atendimento.			

Versão
04/2016

EXCLUSIVO PARA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

PESSOA FÍSICA

Código do Beneficiário Titular _____ Nome do Beneficiário _____

ÁGIL 30

CNPJ da Empresa _____ Razão Social da Empresa _____

Importante

A inclusão do beneficiário titular como participante do(s) Opcional(ais) acarreta a inclusão de todos os agregados eventualmente inscritos, conforme condições previstas em contrato.

DECLARAÇÕES GERAIS

Declaro que:

- Recebi informações completas e suficientes para a perfeita contratação com a Unimed-Rio e estou ciente e de acordo com as condições de contratação.
- As condições particulares dos serviços apresentados estão disponíveis no site www.unimedrio.com.br. As cláusulas e condições estabelecidas prevalecem sempre para definir direitos e obrigações em caso de dúvidas.
- Os serviços apresentados são complementares ao produto assistencial contratado junto à Unimed-Rio, não sendo disponíveis para contratação avulsa.
- Os serviços serão prestados pelas seguintes empresas: o SOS Unimed, pela Cuidar Emergências Médicas S/A; e o Transporte Aeromédico, pela Unimed Transporte Aeromédica MG Ltda. A Unimed-Rio reserva-se o direito de contratar essas assistências com outras pessoas jurídicas a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.

Assinatura do(a) Contratante _____

SOS Unimed	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
Atendimento médico domiciliar e pré-hospitalar em caso de condição clínica caracterizada como de urgência ou emergência no município do Rio de Janeiro, Grande Rio, Niterói e São Gonçalo.			
Transporte Aeromédico	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
Transporte por meio de aeronave de paciente que esteja em situação de emergência com risco à vida, de um centro médico hospitalar para outro com melhores recursos de atendimento.			

Os valores dos opcionais contratados continuam sendo indicados na tabela **“VI. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS”** da Proposta Contratual. **Slide 5.**

Proposta Contratual - Pessoa Física Dental



Unimed **DENTAL** **PESSOA FÍSICA** **PROPOSTA CONTRATUAL** 1/4

Contratação individual ou familiar

Nº identificação Proposta

Versão 07/2017

I. DADOS DO CORRETOR

2. Nome

1. Concessionária

3. CPF

4. Código

5. Cód. Local de venda

II. DADOS DO PLANO CONTRATADO

Plano	Registro ANS	Contrato
X Unimed Dental	466.719/12-1	Unimed Dental - Individual/Familiar - UD 001/0214
Cobertura Adicional		
Unimed Dental 2		Aditivo Unimed Dental 2 - Individual/Familiar - UD 001/0214

Observação: Verifique a disponibilidade dos planos no período da contratação.

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome do Beneficiário Titular

2. Data de Nasc.

3. Sexo

4. Est. Civil

5. CPF do Titular

6. Declaração de Nascido Vivo

7. Número de Identidade

8. Órgão Expedidor

9. Cartão Nacional de Saúde

10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular

11. Nome do Pai do Beneficiário Titular

12. Possui Plano Anterior?

13. Qto. Tempo?

14. Qual Operadora?

15. Cond. Promocional(is)

16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz)

17. CPF Contratante

IV. ENDEREÇO

1. Endereço Residencial (Rua, Av, Tv, Pç)

2. Número

3. Complemento

4. Bairro

5. CEP

6. Cidade

7. UF

8. DDD | Telefone

9. DDD | Celular

10. E-mail (comunicação institucional/operacional)

Contact Center/SAC: 4020 3861 e 0800 079 3821 - Deficiente Auditivo/Fala: 0800 286 0234

1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

ANS - Nº 39.332-1

Versão
07/2017

A **Proposta Pessoa Física Dental (Versão 07/2017)** foi reformulada para seguir o mesmo padrão da **Proposta Pessoa Física Saúde**.



BOAS VENDAS!

Unimed 