



**Alterações no material de
comercialização**

3º trimestre/2018



Unimed 

Material de comercialização PF - 3º trimestre



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

São eles:

- **Proposta: Versão 07/2018**
- **Repasse:** Caso o corretor que efetuou a venda esteja vinculado em uma Corretora, cujo a produção é repassada para a Unimed-Rio por alguma outra Concessionária, deve ser informado o nome e código da Corretora no campo “Repasse”.
- **Supervisor:** Os dados do Supervisor responsável pelo corretor na Concessionária ou Corretora Repasse foram acrescentados na primeira página da Proposta Contratual. Obrigatoriamente deverá ser informado o nome e CPF do Supervisor.
- **Plano anterior:** Foi inserido um destaque especial para os campos de plano anterior do titular e seus dependentes. O beneficiário obrigatoriamente deve preencher esses campos para ter direito a análise para redução promocional de carência, conforme aditivo vigente.
- **Dados do Contratante:** Algumas informações necessárias foram acrescentadas aos dados da pessoa contratante (se o titular for menor de idade ou incapaz). Além de nome e CPF, também deve ser preenchido a data de nascimento, sexo e descrição do grau de parentesco entre o contratante e o beneficiário titular.
- **Grau de Parentesco:** Não é mais necessário verificar o código no Informativo de Vendas para informar o Grau de Parentesco dos dependentes. Basta preencher com a descrição no campo **6. Grau de Parentesco**. Ex.: Filho, Filha, Cônjuge, Companheiro(a), etc.
- **Declarações gerais do Contratante:** Foi inserida uma frase onde o contratante declara ter ciência de que o instrumento contratual do produto também pode ser obtido no site (www.unimedrio.com.br) ou através dos Canais de Atendimento 24 H da Unimed-Rio.

Proposta Contratual - Pessoa Física



Unimed-Rio SAÚDE PESSOA FÍSICA PROPOSTA CONTRATUAL 1/4

Contratação individual ou familiar N° identificação Proposta Versão 07/2018

Reservado à Unimed-Rio

I. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. Concessionária _____ 2. Repasse _____
3. Nome Corretor _____ 4. CPF Corretor _____ 5. Cód. Corretor _____
6. Nome Supervisor _____ 7. CPF Supervisor _____ 8. Cód. Local de Venda _____

II. DADOS DO PLANO CONTRATADO

1. Selecione seu plano

Rede	Registro ANS	Sem Coparticipação	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			
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 _____
7. Número de Identidade _____ 8. Orgão Expedidor _____
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 _____
18. Data de Nasc. _____ 19. Sexo _____ 20. Grau de Parentesco _____

IV. ENDEREÇO

1. Endereço Residencial (Rua, Av, Tv, Pç) _____
3. Complemento _____ 4. Ba _____
5. CEP _____ 6. Cidade _____ 7. _____
9. DDD | Celular _____ 10. E-mail (comunicação institucional/oper _____

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 - N° 39.332-1

Versão
07/2018

I. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. Concessionária _____ 2. Repasse _____
3. Nome Corretor _____ 4. CPF Corretor _____ 5. Cód. Corretor _____
6. Nome Supervisor _____ 7. CPF Supervisor _____ 8. Cód. Local de Venda _____

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 _____

18. Data de Nasc. _____ 19. Sexo _____ 20. Grau de Parentesco _____

A set of decorative icons including a speech bubble with quotation marks, a calendar with a checkmark, a target with an arrow, an alarm clock, and several stars.

6. Grau de Parentesco

10. Possui Plano Anterior? ☐ Não ☐ Sim (anexar doc. comprobatória)	11. Qto. Tempo? _____	12. Qual Operadora? _____	13. Cond. Promocional(is) _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--------------------------	------------------------------	--

Proposta Contratual - Pessoa Física



Unimed Rio	SAÚDE PESSOA FÍSICA PROPOSTA CONTRATUAL		4/4
	Contratação individual ou familiar	Nº identificação Proposta	Versão
	Reservado à Unimed-Rio		07/2018

IX. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES GERAIS

Em vista da presente contratação, declaro o seguinte:

1. ter recebido informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do produto que iremos contratar com a Unimed-Rio.

2. ter recebido uma via do Instrumento Particular de Prestação de Assistência referente ao produto contratado, estando ciente e de acordo com as cláusulas e condições estabelecidas e de que estas prevalecem sempre para definir direitos e obrigações em caso de dúvidas. O documento também pode ser obtido no site www.unimedrio.com.br ou através dos Canais de Atendimento da Unimed-Rio.

3. que conforme estabelecido nas normas em vigor da ANS, recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e tenho ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular.

4. na hipótese desta contratação ser originada do exercício do meu direito à Portabilidade de carências, estou ciente que a vigência deste contrato se dará após 10 (dez) dias da assinatura desta Proposta, tornando-se sem efeito a subcláusula 13.1 do contrato celebrado. E autorizo, de forma irrevogável, a extinção do vínculo de todos os beneficiários.

5. ter ciência de que, ao aceitar a proposta, a aceitação, pela Unimed-Rio, não implica em aceitação de qualquer obrigação anteriormente contratada.

6. ter ciência de que, ao aceitar a proposta, o boleto somente para a contratação do plano de saúde.

7. ter ciência de que, ao aceitar a proposta, o débito automático do contrato.

8. que as condições e valores detalhados de eventuais opcionais contratados constarão em documentação própria.

9. ter ciência de que se não tiver prestado informações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir no cadastramento ou no valor da mensalidade, perderei o direito às coberturas e às mensalidades pagas, em razão do que assumo inteira responsabilidade pelas declarações por mim prestadas, de meu próprio punho, da qual encontra-se em meu poder cópia carbonada de idêntico teor.

10. autorizo a Unimed-Rio a entrar em contato por meio dos dados fornecidos nesta Proposta, para fins de comunicação institucional ou operacional.

☐ Sim ☐ Não

2. ter recebido uma via do Instrumento Particular de Prestação de Assistência referente ao produto contratado, estando ciente e de acordo com as cláusulas e condições estabelecidas e de que estas prevalecem sempre para definir direitos e obrigações em caso de dúvidas. O documento também pode ser obtido no site www.unimedrio.com.br ou através dos Canais de Atendimento da Unimed-Rio.

_____, ____ de _____ de _____
Assinatura do Contratante

Proposta Contratual - Pessoa Física Dental



Versão
07/2018

A Proposta Pessoa Física Dental (Versão 07/2018) também foi reformulada para seguir o mesmo padrão da Proposta Pessoa Física Saúde (07/2018).

Unimed

DENTAL PESSOA FÍSICA PROPOSTA CONTRATUAL 1/4

Contratação individual ou familiar Nº identificação Proposta Versão 07/2018

I. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. Concessionária 2. Repasse

3. Nome Corretor 4. CPF Corretor 5. Cód. Corretor

6. Nome Supervisor 7. CPF Supervisor 8. Cód. Local de Venda

II. DADOS DO PLANO CONTRATADO

1. Selecione seu plano

Plano	Registro ANS	Contrato
X Unimed Dental	466.719/12-1	Unimed Dental - Individual/Familiar - Versão 01/2018

Cobertura Adicional	Contrato
Unimed Dental 2	Aditivo Unimed Dental 2 - Individual/Familiar

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

18. Data de Nasc. 19. Sexo 20. Grau de Parentesco

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. 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

Aditivo PF DO UNIMED DENTAL 2



Unimed Rio	DENTAL PESSOA FÍSICA DO UNIMED DENTAL 2	1/2
Contratação individual ou familiar		Versão
Período de contratação de 01/07/2018 a 30/09/2018		07/2018
Reservado à Unimed-Rio		

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, REFERENTE À PROPOSTA CONTRATUAL N° _____

CLÁUSULA 1ª. Esta contratação tem por objeto a cobertura dos procedimentos especificados na CLÁUSULA 2ª deste instrumento, para o BENEFICIÁRIO TITULAR, seus DEPENDENTES e AGREGADOS porventura inscritos.

CLÁUSULA 2ª. Quando contratado o UNIMED DENTAL 2, haverá a cobertura para os seguintes procedimentos abaixo relacionados:

I - Documentação ortodôntica, ne

- a) radiografia panorâmica com
- b) 1 (uma) Telerradiografia;
- c) 1 (um) Traçado cefalométrico
- d) 5 (cinco) fotografias;
- e) 1 (um) par de modelos orto
- f) 1 (uma) caixa para acondicion
- g) 1 (uma) pasta plástica para acondicionamento de exames radiográficos.

II - Mantenedores de espaço em Odontopediatria:

- a) Mantenedor de espaço fixo; e
- b) Mantenedor de espaço removível.

CLÁUSULA 3ª. Os procedimentos acima somente poderão ser realizados após a realização de perícia prévia.

CLÁUSULA 4ª. As coberturas previstas neste instrumento terão prazo de carência de 90 (noventa) dias para utilização, contado a partir da inclusão de cada beneficiário nesta assistência.

CLÁUSULA 5ª. Os atendimentos deverão ser requisitados pelo cirurgião-dentista assistente.

CLÁUSULA 6ª. A cobertura atualmente é prestada, única e exclusivamente pela prestadora de serviços contratada pela UNIMED-RIO e expressamente mencionada na Proposta Contratual. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, diversa daquela informada por ocasião da contratação, a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.

6.1. A UNIMED-RIO se reserva ao direito de, a qualquer tempo, cancelar a prestação deste serviço, mediante prévia comunicação ao CONTRATANTE, cessando-se a cobrança dos valores correspondentes.

CLÁUSULA 7ª. As coberturas previstas neste instrumento serão prestadas em âmbito nacional.

CLÁUSULA 8ª. Estão expressamente excluídas da cobertura deste contrato:

- a) todas as coberturas não mencionadas na CLÁUSULA 2ª deste instrumento, inclusive os procedimentos das especialidades de ortodontia, nesta incluso instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel;
- b) procedimentos experimentais e utilização de materiais importados não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão oficial governamental;
- c) procedimentos prestados por profissionais não pertencentes à rede assistencial contratada;
- d) atendimentos domiciliares;
- e) atendimentos efetuados antes da inclusão dos beneficiários ou do cumprimento das carências previstas neste instrumento;

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

ANS - N° 39.332-1



DENTAL PESSOA FÍSICA DO UNIMED DENTAL 2

Contratação individual ou familiar

Período de contratação de 01/07/2018 a 30/09/2018

Reservado à Unimed-Rio

1/2
Versão
07/2018

ATENÇÃO:

Na contratação exclusivamente odontológica, sempre que o beneficiário optar pela cobertura adicional DO Unimed Dental 2, é necessário assinatura do aditivo que inclui a cobertura dos procedimentos no contrato.



BOAS VENDAS!

Unimed 