

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O correto preenchimento reduz o tempo de cadastramento do beneficiário e evita a sua devolução. Portanto, em caso de dúvidas, siga atentamente as instruções de preenchimento, registrando os dados nos campos de maneira legível, em letra de forma e sem emendas ou rasuras.

DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

CONCESSIONÁRIA/CORRETORA – carimbar ou preencher com o nome da Concessionária/Corretora.

REPASSE – preencher com o nome da Corretora Repasse, se houver

NOME SUPERVISOR – preencher com o nome do Supervisor responsável pelo Corretor na Concessionária/Corretora ou Repasse.

CPF SUPERVISOR – preencher com o número do CPF do Supervisor.

CÓD. CORRETOR – preencher com o código do Corretor.

NOME CORRETOR – preencher com o nome do Corretor.

CPF CORRETOR – preencher com o número do CPF do Corretor.

DADOS DO PLANO CONTRATADO

SELECIONE SEU PLANO – assinalar com um “x” de acordo com a escolha do beneficiário titular em contratar para si e demais beneficiários inscritos um dos produtos disponíveis.

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

CPF – preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do beneficiário titular, ainda que o mesmo seja menor de 18 anos.

NOME – preencher com o nome completo do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**

EST. CIVIL – preencher com o estado civil do beneficiário titular, conforme apresentado: Casado – (C) | Solteiro – (S)

| Divorciado – (D) | Separado Judicialmente/Desquitado – (J) | Viúvo – (V).

DATA DE NASCIMENTO – preencher com a data de nascimento do beneficiário titular, no formato DD/MM/AAAA.

SEXO – preencher com (M), se o beneficiário titular for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.

RG – preencher com o número do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.

ÓRGÃO – preencher com o órgão expedidor do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.

CARTÃO NAC. DE SAÚDE – preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário titular.

NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO TITULAR – preencher com o nome completo da mãe do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**

POSSUI PLANO ANTERIOR? – assinalar com um “x” no campo “Sim” ou “Não”, de acordo com a situação do beneficiário titular, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.

QTO TEMPO? – preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário titular no plano de saúde anterior.

QUAL OPERADORA? – preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário titular mantinha o plano de saúde anterior.

COND. PROMOCIONAL(IS) – preencher com o número da condição promocional correspondente ao beneficiário titular. Para obter mais informações sobre as condições promocionais, verifique o Aditivo vigente à época da contratação.

ENDEREÇO

ENDEREÇO RESIDENCIAL – preencher com o endereço residencial do beneficiário titular. **Neste campo preencher apenas o nome do logradouro, sem número ou complemento.**

NÚMERO – preencher com o número do endereço residencial do beneficiário titular.

COMPLEMENTO – preencher com o complemento do endereço residencial do beneficiário titular.

BAIRRO – preencher com o bairro do endereço residencial do beneficiário titular.

CEP – preencher com o número do CEP (Código de Endereçamento Postal) do endereço residencial do beneficiário titular, **com 8 dígitos.**

CIDADE – preencher com a cidade de domicílio do beneficiário titular.

UF – campo pré-impresso com a UF (Unidade da Federação) da cidade do domicílio do beneficiário titular.

TELEFONE – preencher com o número de telefone de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.

TELEFONE CELULAR – preencher com o número de telefone celular de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.

E-MAIL (comunicação institucional/operacional) – preencher com o e-mail (endereço eletrônico) para envio de comunicação institucional ou operacional.

DADOS DO CONTRATANTE

NOME DO CONTRATANTE – preencher com o nome completo do Contratante se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz. **Não abreviar nenhum nome.**

CPF (CONTRATANTE) – preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.

DATA DE NASCIMENTO – preencher com a data de nascimento do Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.

SEXO – preencher com (M), se o Contratante for o sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.

GRAU DE PARENTESCO – preencher com a descrição do grau de parentesco entre o beneficiário titular e o Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.

OPÇÃO DE RECEBIMENTO DO BOLETO

– Boleto por e-mail – assinalar com um “x” e preencher com o e-mail (endereço eletrônico) para recebimento do boleto de cobrança da mensalidade.

– Boleto impresso – assinalar com um “x” o campo “Residencial” para receber o boleto impresso em sua residência.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

CPF – preencher com o número do CPF de cada beneficiário dependente, mesmo sendo menor de 18 (dezoito) anos.

NOME – preencher com o nome completo de cada beneficiário dependente. **Não abreviar nenhum nome.**

EST. CIVIL – preencher com o estado civil de cada beneficiário dependente, conforme apresentado: Casado – (C) | Solteiro – (S) | Divorciado – (D) | Separado Judicialmente/Desquitado – (J) | Viúvo – (V).

DATA DE NASC. – preencher com a data de nascimento de cada beneficiário dependente, no formato DD/MM/AAAA.

SEXO – preencher com (M), se o beneficiário dependente for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.

RG – preencher com o número do Documento de Identificação (RG) de cada beneficiário dependente.

ÓRGÃO – preencher com o órgão expedidor do Documento de Identificação (RG) de cada beneficiário dependente.

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde de cada beneficiário dependente.

GRAU DE PARENTESCO – preencher com a descrição do grau de parentesco de cada beneficiário dependente.

NOME DA MÃE – preencher com o nome completo da mãe de cada beneficiário dependente inscrito. **Não abreviar nenhum nome.**

POSSUI PLANO ANTERIOR? – assinalar com um “x” no campo “Sim” ou “Não”, de acordo com a situação do beneficiário dependente, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.

QTO TEMPO? – preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário dependente no plano de saúde anterior.

QUAL OPERADORA? – preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário dependente mantinha o plano de saúde anterior.

CONDIÇÕES PROMOCIONAIS – preencher com o número da condição promocional correspondente ao beneficiário dependente. **Para obter mais informações sobre as condições promocionais, verifique o Aditivo vigente à época da contratação.**

TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS – R\$

VALOR DA MENSALIDADE (sem desconto promocional) – preencher com o valor (R\$) da mensalidade do plano escolhido, para cada beneficiário (titular e dependente, se houver).

VALOR DA MENSALIDADE (com desconto promocional) – preencher com o valor (R\$) da mensalidade promocional do plano escolhido, para cada beneficiário (titular e dependente, se houver).

VALORES OPCIONAIS – preencher com o valor dos opcionais para cada beneficiário (titular e dependente, se houver).

TOTAL MENSALIDADE (com desconto promocional) – preencher com o somatório dos valores do beneficiário titular e seus dependentes, se houver, considerando cada mensalidade (R\$) válida durante o período promocional e os opcionais.

TOTAL MENSALIDADE (sem desconto promocional) – preencher com o somatório dos valores do beneficiário titular e seus dependentes, se houver, considerando cada mensalidade (R\$) e os opcionais.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO – preencher, quando aplicável, com o valor total da taxa de implantação da Proposta Contratual. **Atenção: esta taxa é cobrada por contrato e não por beneficiário inscrito.**

DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

O beneficiário titular poderá realizar o pagamento das mensalidades através de débito em conta. Para isto, deverá assinalar com “x” no campo “Sim” e informar o nome e número do banco, o número da agência com o dígito (se houver), e o número da conta com o dígito (se houver). **ATENÇÃO: só poderão ser aceitas autorizações de débito em Bancos que possuam acordo com a Unimed-Rio. O Corretor consultará a tabela específica com a Relação dos Bancos e informará os possíveis parceiros.**

RECIBO – PARA USO EXCLUSIVO DO CORRETOR

Preencher com o valor pago em algarismos e por extenso. Tendo efetuado o preenchimento, o Corretor deverá datar e assinar.

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES GERAIS

O Contratante deverá ler atentamente as Declarações e Autorizações, datar e assinar **obrigatoriamente**.

Comunicação institucional ou operacional – O Contratante deverá optar por autorizar ou não a Unimed-Rio a utilizar os dados fornecidos em contrato para fins de comunicação institucional ou operacional.

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E OFERECIMENTO DO PLANO REFERÊNCIA

O Contratante deverá ler atentamente a declaração, datar e assinar obrigatoriamente.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Identificação do Beneficiário – O beneficiário titular (ou o Contratante, se o beneficiário titular for menor de idade ou incapaz) deverá ler, datar e assinar, assim como o Representante da Unimed-Rio.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito **obrigatoriamente pelo Contratante**, que deverá declarar pelo beneficiário titular e por seus dependentes, saber ser(em) ou não, portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

O preenchimento das perguntas é de caráter obrigatório e não poderá apresentar qualquer tipo de rasura. As respostas (“S” – sim; “N” – não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada beneficiário, devidamente identificado no cabeçalho.

Não deixar de declarar qualquer patologia por entender que a mesma não é de importância. Todas as informações são importantes para a análise médica.

Deverão também ser preenchidos os campos de peso e altura do beneficiário titular e beneficiário(s) dependentes(s) se existentes.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DO ITEM – preencher com o número de cada pergunta respondida com “S” (sim) na Declaração de Saúde.

TITULAR/DEPENDENTE(S) – assinalar com “x” referente ao beneficiário que teve “S” (sim) no item descrito.

ANO DO EVENTO – preencher com o ano em que ocorreu o evento correspondente ao item descrito.

CAMPO PARA DESCRIÇÃO DO EVENTO – preencher detalhadamente com informações referentes ao evento, tais como: datas, tratamentos realizados, situação atual etc.

A Unimed-Rio poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar com o objetivo de esclarecer as dúvidas originadas no processo de preenchimento da Declaração de Saúde.

DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE

Se o Contratante optar pelo auxílio de um médico para prestar orientações para o preenchimento da Declaração de Saúde, o mesmo deverá assinar e carimbar.

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS.