

Formulário de Opção do Plano de Saúde e Odontológico

Marque a empresa (preenchimento obrigatório):

() **VLI**

() **FCA**

() **FNS**

() **TIPLAM**

() **PORTO
FRANCO**

DADOS DO TITULAR:

Titular:	Matrícula:
Nome Completo:	CPF:
Sexo: F () M ()	Data de Nasc.:
Estado Civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Outros ()	Data Admissão:
Nome da mãe:	

IMPORTANTE:

ATENÇÃO :

A alteração é para todos os dependentes já vinculados ao titular.

A alteração UNIMED para AMS é isento de carência para utilização.

A alteração AMS para UNIMED é isento de carência apenas para os empregados que: Aderirem ao plano até 90 dias após admissão ou transferência; Empregados que realizarem a alterações dentro das janelas de migração. Para os demais empregados, aplica-se os seguintes periodos de carência: 30 dias para consultas, 180 dias para procedimentos especiais e internações, e 300 dias para parto.

OBS: Caso ainda tenha dúvida entre em contato com a equipe de benefícios ou com a operadora do seu plano de saúde antes de realizar a alteração.

AUTORIZAÇÃO:

Conforme previsto no acordo coletivo de trabalho, eu, _____, matrícula _____, opto pelo plano de saúde abaixo assinalado:

() AMS + Bradesco Dental

() Central Nacional Unimed + Bradesco Dental

Declaro que estou ciente dos procedimentos e serviços prestados pelo Plano de Saúde e Odontológico selecionados.

Para o cadastro do benefício de crianças e adolescentes, nos termos da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), na qualidade de um dos pais ou responsável legal pelo menor, autorizo expressamente a coleta, tratamento e compartilhamento de dados pessoais para a alteração de plano de saúde ofertado. Os dados coletados serão compartilhados exclusivamente para os fins expostos na presente autorização.

Declaro que estou ciente dos procedimentos e serviços prestados pelo Plano de Saúde e Odontológico selecionados.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura Empregado (a)