

Termo de opção ao Plano Médico – Programa de Assistência Médica para Aposentados

Nome	CPF	Data de Nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patrocinadora	Estado Civil	Data de Admissão	Data de Adesão	Data de Desligamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome do Plano	RE (Matricula)
Programa de Assistência Médica para Aposentados	<input type="text"/>

Endereço Residencial	Bairro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado/Cidade	CEP	Tel. Residencial	Celular	Tel. para Contato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail Comercial	E-Mail Pessoal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome da mãe do Participante – Informação por extenso e sem qualquer abreviatura (exigência da Agência Nacional de Saúde- ANS)

Dados do Beneficiário Cônjuge de Participante falecido / Outros

Nome

Parentesco	Data de Nascimento	CPF	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	() Masculino () Feminino

Nome da mãe do Participante – Informação por extenso e sem qualquer abreviatura (exigência da Agência Nacional de Saúde- ANS)

Opção pela Operadora e Plano Médico: SEM CÔNJUGE COM CÔNJUGE

Bradesco - Básico Bradesco - Especial Unimed - Básico Unimed - Especial

Custeio do Benefício

Eu, na condição de Participante do Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev acima identificado, autorizo a UnileverPrev a partir desta data, em conformidade com o item 7.2.3 do Regulamento do Programa, a transferir mensalmente da minha Conta Total de Participante para a Conta Coletiva de Saúde, o percentual de cobertura de assistência médica abaixo por mim assinalado.

Declaro ser do meu conhecimento que o percentual de cobertura será aplicado sobre o custo do plano médico por mim escolhido, multiplicado pela quantidade de beneficiários por mim declarados incluindo a minha participação. Declaro ainda ser de meu conhecimento que poderei rever esta opção anualmente, nas mesmas épocas da revisão dos custos dos planos médicos.

25% do Custo Total 50% do Custo Total 75% do Custo Total 100% do Custo Total

Dados Bancários (Preencher somente se a opção for Bradesco – Especial)

Conta Corrente () Poupança ()	Agencia:	Conta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mais opções e assinatura no verso >>> VIRE

Relação dos Beneficiários

1	Nome Completo		
	Data de Nascimento / /	Parentesco	CPF
	Nome da mãe do Beneficiário – Informação por extenso e sem qualquer abreviatura		

2	Nome Completo		
	Data de Nascimento / /	Parentesco	CPF
	Nome da mãe do Beneficiário – Informação por extenso e sem qualquer abreviatura		

3	Nome Completo		
	Data de Nascimento / /	Parentesco	CPF
	Nome da mãe do Beneficiário – Informação por extenso e sem qualquer abreviatura		

Observações Importantes:

A inclusão e a permanência dos dependentes dependerão da apresentação dos documentos abaixo, não sendo aceito a inclusão no plano médico sem a apresentação dos documentos solicitados:

- Titular, Cônjuge e filhos maiores de 18 anos: Cópia simples do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do titular e dos seus dependentes.
- Filhos entre as faixas de 21 a 24 anos: Comprovação de matrícula e frequência escolar em Curso COLEGIAL ou SUPERIOR e/ou Serviço Militar. Este comprovante deverá ser reapresentado anualmente enquanto o dependente estiver nesta condição.
- Filhos maiores de 21 anos portadores de Invalidez Permanente: Atestado Médico.
- Menor sob guarda permanente: Cópia do Termo de Guarda Permanente expedido pelo Poder Judiciário.

Declaração e Compromisso

Declaro meu desejo de participar do plano médico acima por mim escolhido, e comprometo-me a efetuar os pagamentos referentes às contribuições e co-participações, referentes a essa participação, dentro dos prazos estabelecidos e conforme as normas deste plano, que são de meu conhecimento.

Estou ciente de que a falta de pagamento das minhas contribuições e co-participações por 3 parcelas consecutivas ou alternadas, dará à UnileverPrev, o direito de cancelar automaticamente a minha participação neste plano, bem como dos beneficiários.

Comprometo-me a informar a UnileverPrev sobre as alterações que vierem a ocorrer nos dados acima indicados referentes à residência, conta corrente bancária, dependentes e outros de interesse para a administração deste plano.

Local e data

Assinatura do Participante