



MIGRAÇÃO NO PLANO DE SAÚDE - UNIMED

QUALIFICAÇÃO

Matrícula: _____

Nome: _____ E-mail: _____

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a migração junto ao Plano de saúde da UNIMED.

DADOS DOS USUÁRIOS

Nome: _____ Nome da Mãe: _____

Plano utilizado: _____ N° da Carte ira: _____ CPF: _____ RG: _____

Esta migrando para: _____

Nome: _____ Nome da Mãe: _____

Plano utilizado: _____ N° da Carte ira: _____ CPF: _____ RG: _____

Esta migrando para: _____

Nome: _____ Nome da Mãe: _____

Plano utilizado: _____ N° da Carte ira: _____ CPF: _____ RG: _____

Esta migrando para: _____

TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio de o presente instrumento estar ciente dos seguintes termos:

Caso a consignação em folha de pagamento não possa, por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretroatável, sejam debitados os valores referentes à mensalidade do plano de saúde da Unimed em conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos.

Tenho ciência dos direitos constados nos contratos referentes aos planos contratados, caso o desconto da mensalidade não seja executado por 2 (dois) meses por motivo de estorno, o mesmo será imediatamente cancelado.

Declaro que tenho ciência dos direitos constados no Plano de Benefício, com base nos termos do artigo 8º §§ 1º, 2º, 3º e 4º do Estatuto Social no que trata da inclusão ou permanência de dependentes.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do ASSOCIADO: _____

PARA USO DA ABEPOM

Funcionário do Cadastro: _____ Data: ____/____/____

Deferido Indeferido

Motivo: _____

Carimbo e assinatura: _____

Funcionário da Cobrança: _____ Data: ____/____/____

Deferido Indeferido

Motivo: _____

Carimbo e assinatura: _____