

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



Bradesco Saúde

V. 2025.07.1



Entidade FUNDIÁGUA - Fundação de Previdência Complementar

Lotação

Matr. Funcional

Alteração Cadastral

☐ Sim☐ Não

Inclusão

☐ Titular☐ Dependente

Exclusão

☐ Titular☐ Dependente

Movimentação de Plano

Informar opção no item 3

☐ Upgrade☐ Downgrade

Aniv. do Contrato

AGOSTO

Início da Cobertura

01 de _____ de 20____

01/10

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo

Data de nascimento

RG

Órgão expedidor

Data de Emissão

CPF

Sexo M ☐ F ☐

Estado civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐DNV¹CNS²

Pis/Pasep

Matrícula Funcional

E-mail

Endereço Residencial

Cidade

UF

CEP

Tel residencial

Tel celular

Nome da mãe do proponente titular

2. DEPENDENTES

1 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

2 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

3 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

4 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

5 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

¹DNV é a Declaração de Nascido Vivo (Certidão de Nascimento) Informação obrigatória para nascidos a partir de jan/2010. ²CNS é a Carteira Nacional de Saúde. Estas são exigências da ANS através da RN Nº 250/11
Parentesco: 1- Cônjuge/Companheiro(a) 2- Filho(a) Sexo: M- Masculino | F- Feminino Estado civil: 1- Solteiro | 2- Casado | 3- Viúvo | 4- Divorciado | 5- Separado Judicialmente | 6- Outros

Os dados informados serão preservados pela AllCare, sendo utilizados para os fins de execução desta Proposta, bem como para apoio administrativo ao Proponente nas questões relativas ao plano de saúde, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Ao solicitar a inclusão de um menor de 18 (dezoito) anos como dependente, o Proponente titular (responsável legal pelo menor) autoriza o tratamento dos dados pessoais do menor pela AllCare e pela Operadora/Seguradora, especificamente para a inclusão do menor como dependente no seguro/plano de saúde e/ou odontológico objeto desta Proposta, e autoriza o compartilhamento dos dados pessoais do menor com fornecedores e prestadores de serviços da Operadora/Seguradora e da Administradora de Benefícios, necessários para o fornecimento dos serviços de assistência à saúde e/ou odontológico, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

TERMO DE CIÊNCIA DE EXCLUSÃO

TIPO DE EXCLUSÃO

☐ Exclusão do titular (grupo familiar vigente)

☐ Exclusão de dependente

TIPO DE PARTICIPANTE

☐ Participante Ativo

☐ Participante Aposentado

☐ Participante Pensionista

PLANO:

☐ Saúde

☐ Dental

☐ Saúde + Dental

DADOS DO TITULAR

Nome Completo (sem abreviações):

CPF:

USO EXCLUSIVO PARA EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

Nome completo dos dependentes excluídos:	CPF:
1.	
2.	
3.	
4.	

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

- 1º Haverá cobrança de mensalidade no mês de: _____
- 2º A cobertura do plano será até o dia ____ / ____ / ____
- 3º O prazo para movimentações cadastrais assistenciais é até o dia 05 de cada mês. Após essa data, quaisquer solicitações serão consideradas para o mês subsequente.
- 4º Efetivada a exclusão não será permitido o retorno ao plano, bem como declaro ter conhecimento das regras definidas pela ANS e transcritas no verso deste documento.
- 5º Mesmo após o cancelamento do plano de saúde, poderão ser cobradas coparticipações referentes a serviços utilizados durante a vigência do contrato, no período em que o beneficiário ainda se encontrava ativo no plano

Assinatura do Titular: _____

Data: ____ / ____ / ____

Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN 438, de 03 de Dezembro de 2018, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN 557 de 14 de Dezembro de 2022, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Assinatura do Titular: _____

Data: ____/____/____