

MOBILIDADE COM PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS OMINT

PARA USO DO SOLICITANTE (Beneficiário ou seu Representante legal)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Além do preenchimento deste formulário, o Solicitante deverá, obrigatoriamente, apresentar os seguintes documentos (deverão ser entregues todos juntos):

1º) Comprovante de adimplência. Trata-se de comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem;

2º) Declaração da Operadora do Plano de Origem, descrevendo as características mínimas necessárias ao exercício da Mobilidade com Portabilidade de carências, nos termos da legislação em vigor;

3º) Relatório de Plano em Tipo Compatível para Portabilidade de Carências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, gerado através do Guia ANS;

4º) Declaração e/ou comprovação de vínculo do titular com a empresa Contratante;

5º) Preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde (DS) para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

PLANO PRETENDIDO PARA INGRESSO

NOME DO BENEFICIÁRIO

INFORMAÇÕES DA OPERADORA DO PLANO DE ORIGEM

Tipo de Contratação: Individual/familiar Coletivo Empresarial Coletivo Adesão

NOME DA OPERADORA: Nº REGISTRO ANS:

NOME DO PLANO:

NUMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: DATA DE INGRESSO NO PLANO:

DATA DE ADAPTAÇÃO: SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: TIPO DE ACOMODAÇÃO:

É A PRIMEIRA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

SIM NÃO QUAL?

CUMPRIU COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) ?

SIM NÃO

Contato OMINT - Quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários, relativos à Portabilidade de Carências, poderão ser solicitados pelo e-mail portabilidade@omint.com.br.

MOBILIDADE COM PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS OMINT

PARA USO DO SOLICITANTE (Beneficiário ou seu Representante legal)

HÁ OUTROS BENEFICIÁRIOS NO PLANO DE ORIGEM?

SIM NÃO QUANTOS?

É BENEFICIÁRIO DE CONTRATO EM GOZO DE REMISSÃO?

SIM DATA DE ENCERRAMENTO DA REMISSÃO

NÃO

VALOR LÍQUIDO PAGO PELO BENEFICIÁRIO REFERENTE A ÚLTIMA FATURA:

DATA DO PAGAMENTO:

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente de que devo solicitar o cancelamento do vínculo com o plano de origem no prazo de 5(cinco) dias, a partir do início da vigência com a OMINT, sob pena em caso de não atendimento, estar sujeito ao cumprimento dos períodos de carências.

Declaro estar ciente de que a portabilidade de carências não pode ser exercida durante o período de internação, portanto a mesma só pode ser solicitada após a alta hospitalar.

Declaro estar ciente de que a análise do presente formulário será concluída em até 10 (dez) dias, a contar da data do protocolo na OMINT e mediante a apresentação da documentação completa.

ASSINATURA

, de de

Assinatura do Beneficiário ou do seu Representante Legal