

Início da vigência do benefício:

01 / ____ / 20 ____

Entidade:

ABTS - Caixa de Assistência dos Trabalhadores e Servidores Públicos e de Empresas de Controle Estatal

DADOS DO TITULAR

Nome completo

CPF

Telefone

E-mail

TRANSFERÊNCIA DE PLANO OU ACOMODAÇÃO / COLETIVO POR ADESÃO

PRODUTO:

1495 - PERFIL REGIONAL

Enfa - Nº ANS 485.097/20-1

Abrangência: Regional
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão
Coparticipação: Sim
Forma de Pagamento: Pré-estabelecido
Data Base de Reajuste: Novembro
Plano Essencial Gratuito: Não

8244 - PARTICIPATIVO ESTADUAL

Enfa - Nº ANS 475.374/16-7

Aptª - Nº ANS 475.372/16-1

Abrangência: Estadual
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão
Coparticipação: Sim
Forma de Pagamento: Pré-estabelecido
Data Base de Reajuste: Setembro
Plano Essencial Gratuito: Sim

7816 - PREMIUM NACIONAL

Enfa - Nº ANS 474.527/15-2

Aptª - Nº ANS 474.526/15-4

Abrangência: Nacional
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão
Coparticipação: Sim
Forma de Pagamento: Pré-estabelecido
Data Base de Reajuste: Setembro
Plano Essencial Gratuito: Sim

• OBSERVAÇÕES

1. Titular e dependentes estarão sempre no mesmo plano e acomodação.
2. Titular e dependentes perderão o benefício gratuito do produto odontológico Plano Essencial ao optar pelo plano 1495 - Perfil Regional.
3. Haverá cumprimento de prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência quando o padrão de acomodação escolhido for superior ao inicialmente contratado.
4. Alterações cadastrais entregues até dia 10 do mês serão efetivadas a partir do dia 01 do mês subsequente.

Data:

____ / ____ / 20 ____

Assinatura do Titular: