

Início da vigência do benefício:

___ 01 ___ / ___ ___ / 20 ___

Entidade:

AMES - ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO ESPIRITO SANTO

DADOS DO TITULAR

Nome completo

CPF

Telefone

E-mail

TRANSFERÊNCIA DE ACOMODÇÃO / COLETIVO POR ADESÃO

PRODUTO:

7613 - PREMIUM NACIONAL

- Enfermaria - Nº ANS 466.263/12-6
 Apartamento - Nº ANS 466.267/12-9

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

• OBSERVAÇÕES

1. Titular e dependentes estarão sempre no mesmo plano e acomodação.
2. Haverá cumprimento de prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, quando o padrão de acomodação escolhido for superior ao inicialmente contratado.
3. Alterações cadastrais entregues até o dia 10 do mês serão efetivadas a partir do dia 01 do mês subsequente.

Data:

___ ___ / ___ ___ / 20 ___

Assinatura do Titular:

Consultor:

Corretora: