

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE UNIMED

() UNIMAX PRIVATIVO

() UNIMAX SEMIPRIVATIVO

() UNIFÁCIL AMBULATORIAL

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo		Data de Nasc.	Sexo	
Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
CPF	RG	Órgão Emissor	Estado civil	
Endereço residencial:		Nº	Compl.	Bairro
Município:	CEP:	UF:	Instituição de ensino:	
Telefone Residencial:	Telefone Profissional:	Telefone Celular:	E-mail:	

DADOS PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dados Usuário Dependente					
1	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
2	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
3	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
4	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
5	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	

Você está trocando de Plano? () Sim () Não.

Se a resposta anterior for positiva, favor informar a data de exclusão: _____.

DAS INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Para efetivar a inscrição do beneficiário titular e dependente(s), é necessário o preenchimento de todos os campos solicitados no TERMO DE ADESÃO.

O beneficiário titular deve fazer a opção pelo plano, marcando sua opção no início deste termo de adesão.

DA ADESÃO E DA DESVINCULAÇÃO AO PLANO DE SAÚDE DA UNIMED

- A) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE celebraram contrato de prestação de serviços de saúde (PLANO DE SAÚDE DA UNIMED), cujo objeto é a prestação de serviços na área de saúde para os filiados à ADUFRGS-Sindical.
- B) O BENEFICIÁRIO TITULAR confirma que recebeu a informação de que a cópia do contrato firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE encontra-se disponível no site da ADUFRGS-Sindical (www.adufrgs.org.br).
- C) O BENEFICIÁRIO TITULAR aceita tudo o que está disposto nas cláusulas do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, e se obriga a cumprir as cláusulas contratuais referentes aos beneficiários e dependentes durante sua adesão ao PLANO DE SAÚDE DA UNIMED.
- D) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente em relação às coberturas constantes do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, bem como das regras sobre os usuários dependentes.
- E) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente dos valores mensais a pagar pela adesão ao PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, tanto para o BENEFICIÁRIO TITULAR como para os usuários dependentes.
- F) O valor da mensalidade individual do titular e cada um de seus dependentes será reajustado em conformidade com a previsão contratual do instrumento firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE.
- G) O atendimento ao BENEFICIÁRIO TITULAR e usuários dependentes cobertos pelo PLANO DE SAÚDE DA UNIMED somente será possível com a apresentação da carteira de atendimento fornecida pela UNIMED, bem como documento de identificação com foto.
- H) A carteira de atendimento é documento pessoal e intransferível. A utilização indevida por terceiros acarretará as penalidades previstas em lei específica.
- I) **O pagamento da mensalidade do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED dar-se-á exclusivamente por meio de débito em conta corrente junto ao BANCO DO BRASIL.**
- J) Em casos de insuficiência de saldo em conta corrente, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá entrar em contato diretamente com a ADUFRGS-Sindical através do telefone (51) 3228.11.88 e/ou e-mail: convenios@adufrgs.org.br.
- K) Ao término da vinculação do PLANO DE SAÚDE, o BENEFICIÁRIO TITULAR responsabiliza-se pela devolução da(s) carteira(s) de atendimento emitidas pela UNIMED, bem como a dos seus eventuais usuários dependentes.

DA VIGÊNCIA DO PLANO

O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente que o plano entrará em vigor de acordo com regra estabelecida pela data de corte.

Data de corte: dia 10 de cada mês.

Para as inclusões realizadas até o dia 10, o plano entrará em vigor no dia 1º do mês subsequente.

DOS PAGAMENTOS

O débito da mensalidade ocorre sempre no dia 05 de cada mês. Para obter a prestação dos serviços da UNIMED PORTO ALEGRE para si e para seus dependentes inscritos, o BENEFICIÁRIO TITULAR obriga-se a pagar à ADUFRGS-Sindical a importância mensal constante da Tabela de Valores que discrimina as faixas etárias dos beneficiários titulares e dependentes e o plano escolhido.

O valor a ser pago mediante débito em conta corrente corresponderá à soma dos valores do beneficiário titular e seus dependentes, conforme o caso. O valor será acrescido das participações nas consultas e procedimentos conforme consta do contrato firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE.

O valor especificado estará sujeito aos reajustes previstos no CONTRATO firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE.

O valor mensal será debitado na conta corrente do BENEFICIÁRIO TITULAR abaixo identificada:

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

O valor estabelecido no item anterior sofrerá alteração automática, sempre que o BENEFICIÁRIO TITULAR, ou um de seus dependentes, atingir a idade limite superior à faixa etária em que estiver inscrito.

O BENEFICIÁRIO TITULAR pagará conjuntamente com a mensalidade o percentual de 5% (cinco por cento), referente às despesas de administração da ADUFRGS-Sindical para manutenção do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED.

É de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR qualquer despesa efetuada diretamente ou por dependente, que exceda às condições contratadas, bem como por uso indevido das identificações dos credenciados.

A ADUFRGS-Sindical poderá fazer sumariamente o desligamento do BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes quando houver atraso no pagamento da mensalidade por mais de um mês, sem necessidade de aviso prévio ou notificação de qualquer espécie. O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical efetua o pagamento da fatura à UNIMED PORTO ALEGRE independentemente do pagamento da mensalidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, o que justifica a exclusão imediata em caso de falta de pagamento.

DO BENEFÍCIO DE RESSARCIMENTO À SAÚDE

Faz jus ao ressarcimento da assistência à saúde suplementar o servidor beneficiário titular de plano de saúde. Os docentes que são aderentes do convênio ADUFRGS/Unimed, deverão apresentar os comprovantes de pagamento mensais no setor de Gestão de Pessoas de sua instituição.

Verifique qual é o procedimento necessário para o ressarcimento na sua instituição de ensino.

DA ADESÃO

Declaro para os devidos fins que sou filiado da ADUFRGS-Sindical, que estou ciente das informações sobre atendimento, bem como do pagamento da mensalidade referente à minha vinculação ao PLANO DE SAÚDE DA UNIMED.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do titular