

TERMO DE ADESÃO UNIMED
 UNIMAX PRIVATIVO

 UNIMAX SEMIPRIVATIVO

 UNIFÁCIL AMBULATORIAL

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo		Data de Nascimento:	Sexo	Universidade:
Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
CPF	RG	Órgão Emissor	Estado civil	
Endereço residencial		N°	Complemento	
Bairro	Cidade	CEP	UF	
Telefone Celular:	Telefone Residencial:	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 e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	
Dados Usuário Dependente					
2	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	
Dados Usuário Dependente					
3	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	
Dados Usuário Dependente					
4	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	

 Deseja incluir a adesão ao SOS UNIMED em seu plano de saúde? Sim Não

 Está realizando uma mudança de plano? Sim Não

Em caso positivo, solicitamos que entre em contato com sua operadora de saúde atual para solicitar a exclusão do plano. A ADUFRGS-Sindical não se responsabiliza pelo processo de cancelamento do seu plano vigente.

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, bem como marcar 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 compreende e aceita 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 que a adesão ao plano só é permitida após a conclusão da sua filiação à ADUFRGS-Sindical.
- E) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente em relação às coberturas constantes do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, bem como das regras sobre os usuários dependentes.
- F) 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.
- G) A carteira de atendimento é documento pessoal e intransferível. A utilização indevida por terceiros acarretará as penalidades previstas em lei específica.
- H) Em casos de insuficiência de saldo em conta corrente, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá entrar em contato diretamente com a ADUFRGS-Sindical através do e-mail: convenios@adufrgs.org.br ou telefone (51) 3228 – 1188.

DA VIGÊNCIA DO PLANO

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

DOS PAGAMENTOS

- A) **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.**
- B) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente dos valores mensais a pagar pela adesão ao plano para obter a prestação dos serviços da UNIMED PORTO ALEGRE, tanto para o BENEFICIÁRIO TITULAR como para os dependentes.

- C) O débito da mensalidade se dará sempre no dia 05 de cada mês. A importância mensal a ser debitada corresponde à soma dos valores do beneficiário titular e usuários dependentes, conforme Tabela de Valores que discrimina as faixas etárias dos beneficiários titulares e dependentes e o plano escolhido.
- D) 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.
- E) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente que valor da mensalidade a ser paga será acrescida das participações nas consultas e procedimentos conforme consta do contrato firmado entre e ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE.
- F) O valor especificado estará sujeito aos reajustes previstos no CONTRATO firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE e sofrerá alteração automática, sempre que um dos beneficiários atingir a idade limite superior à faixa etária em que estiver inscrito.
- G) 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.
- H) Ao término da vinculação ao plano, o BENEFICIÁRIO TITULAR responsabiliza-se pelo pagamento do saldo dos atendimentos pendentes.

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

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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 verificar qual o procedimento necessário para o ressarcimento na sua instituição de ensino ou no setor de Gestão de Pessoas da unidade.

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