

Contrato de Adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão

Início da vigência do benefício:

____/____/20____

Entidade:

PROPONENTE TITULAR

Nome completo:

(continuação)

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Naturalidade (cidade, estado e país)

PIS / PASEP:

RG:

Órgão emissor:

CPF:

Endereço residencial completo (endereço para cobrança [])

CEP:

Cidade:

UF:

Telefone residencial:

Telefone celular:

Telefone comercial:

E-mail:

Endereço comercial completo (endereço para cobrança [])

CEP:

Cidade:

UF:

Profissão / formação:

Cargo / função / ocupação:

Nº de registro / inscrição na entidade:

Nº de registro / inscrição no conselho regional / federal (quando aplicável)

EMPRESA

Razão Social:

CNPJ:

Ramo de atividade:

Sindicato/Associação:

DEPENDENTES

1 | Nome completo:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

Nome da mãe:

2 | Nome completo:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

Nome da mãe:

3 | Nome completo:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

Nome da mãe:

4 | Nome completo:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

Nome da mãe:

5 | Nome completo:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

Nome da mãe:

Contrato de Adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão

PLANO PRETENDIDO

Todos os dependentes serão cadastrados na mesma categoria de plano do proponente titular.

PLANO BÁSICO PLUS

cód.: 46901313-3

Padrão de acomodação em internação: coletivo.

Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetria.

Abrangência geográfica: nacional.

PLANO EXECUTIVO PLUS

cód.: 46901213-5

Padrão de acomodação em internação: individual.

Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetria.

Abrangência geográfica: nacional.

PLANO PLENO PLUS

cód.: 46901113-7

Padrão de acomodação em internação: individual.

Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetria.

Abrangência geográfica: nacional.

PLANO MAXIMUS PLUS

cód.: 47609416-8

Padrão de acomodação em internação: individual.

Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetria.

Abrangência geográfica: nacional.

PRODUTO OPCIONAL

PLANO ODONTOLÓGICO

cód.:

Para informações relacionadas ao Plano Odontológico, ligue para (21) 3233-8855

VALOR POR PROPONENTE

IDADE	VALOR EM R\$
TITULAR	
DEPENDENTE 1	
DEPENDENTE 2	
DEPENDENTE 3	
DEPENDENTE 4	
DEPENDENTE 5	
VALOR TOTAL EM R\$	

ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual da apólice coletiva ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observando o disposto no item 17 da página 4 desta proposta. O valor total deverá ser pago mensalmente.

REEMBOLSO

Opção de conta-corrente bancária do proponente titular para depósito de reembolso pela Operadora:

Nº do banco	Banco	Nº da agência	DV	Nº da conta-corrente	DV

COBRANÇA

Escolha a opção de pagamento do benefício de acordo com a sua conveniência:

Débito automático em conta-corrente

Vencimento todo dia ____ de cada mês. Autorizo a administradora de benefícios a proceder ao débito automático mensal em minha conta-corrente bancária indicada abaixo, nos valores pactuados, **acrescidos de cobrança de tarifa bancária***.

Nº do banco	Banco	Nº da agência	DV	Nº da conta-corrente	DV

Boleto bancário

Vencimento todo dia ____ de cada mês, nos valores pactuados, **acrescidos de cobrança de tarifa bancária***.

* Caso o pagamento seja feito diretamente nos postos ou centrais de atendimento pessoal da administradora de benefícios, não haverá cobrança de tarifa bancária.

Débito em folha de pagamento Matrícula: _____

TAXA DE CADASTRAMENTO E IMPLANTAÇÃO

A taxa de cadastramento e implantação equivale ao valor abaixo, sendo integralmente arrecadada pelo angariador no ato da subscrição desta proposta. Em caso de não-aceitação da proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

ATENÇÃO: O pagamento da taxa de cadastramento e implantação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da 1ª (primeira) cobrança do benefício, que dará direito às coberturas decorrentes desta proposta.

VALOR TOTAL EM R\$

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

Desejo receber informações sobre o benefício contratado, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizadas através de e-mail e/ou SMS.

Não desejo receber tais informações e mensagens e, portanto, não autorizo o seu envio, via e-mail e/ou SMS.

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local

Data

Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório)