



# REQUERIMENTO **INCLUSÃO** PLANO DE SAÚDE

A1 **agemed**  
planos de saúde

## QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Matrícula: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## ESCOLHA DO PLANO\*

### COMPLETO - ESTADUAL

Standard

Executivo

### Coparticipação - ESTADUAL

% de Coparticipação 20% 50%

Standard

Executivo

## DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

1) Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Titular no Plano  Dependente no Plano Tipo de Dependência:  Filho/Filha  Cônjuge  Outros: \_\_\_\_\_

2) Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Titular no Plano  Dependente no Plano Tipo de Dependência:  Filho/Filha  Cônjuge  Outros: \_\_\_\_\_

3) Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Titular no Plano  Dependente no Plano Tipo de Dependência:  Filho/Filha  Cônjuge  Outros: \_\_\_\_\_

4) Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Titular no Plano  Dependente no Plano Tipo de Dependência:  Filho/Filha  Cônjuge  Outros: \_\_\_\_\_

A2266 – EST/APTO/00%    A2174 – EST/APTO/20%    A2288 – EST/APTO/50%    AF2288 – EST/APTO/50%/Tabela Filhos  
A2265 – EST/ENF/00%    A2283 – EST/ENF/20%    A2287 – EST/ENF/50%    AF2287 – EST/ENF/50%/Tabela Filhos  
A – EST/APTO/50%/Tabela Agregados  
A – EST/ENF/50%/Tabela Agregados

\*T = Titular no Plano / D = Dependente no Plano

## TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio deste instrumento requerer a inclusão no plano de saúde AGEMED dos beneficiários descritos, bem como declara estar ciente dos seguintes termos:

Caso a consignação em folha de pagamento não possa por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretratável, que sejam debitados os valores referentes às despesas do plano de saúde Unimed em conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos. Caso não haja o pagamento da mensalidade por 2 (dois) meses o plano poderá ser cancelado.

Tenho ciência da cobrança da taxa de inscrição e, se for o caso, de pro-rata mensalidade e dos direitos constados nos contratos referentes aos planos contratados. Bem como dos direitos constados no Plano de Benefício, com base nos termos do artigo 7º §§ 1º e 2º do Estatuto Social no que trata da inclusão ou permanência de dependentes.

### Para CANCELAMENTO:

O Requerimento deverá ser protocolado nas unidades de atendimento da Abepom (Sede, Clinipons e Postos), sem pendência de documentos ou preenchimento. O cancelamento pode ser imediato ou programado, e a mensalidade será cobrada até a data solicitada. Deverei enviar a carteira com o formulário correspondente, caso não ocorra, poderei sofrer descontos futuros de utilização não cobrada;

### Para INCLUSÃO:

O requerimento deverá ser protocolado na sede da ABEPOM, sem pendência de documentos ou preenchimento, até o dia **9** do mês, para ter início de cobertura no primeiro dia do mês subsequente; Deverá ser observada a data de corte, se cair no final de semana o dia de entrega deverá ser antecipado.

### Para MIGRAÇÃO E TRANSFERÊNCIA:

O requerimento deverá ser protocolado na sede da ABEPOM até o dia **9** do mês para ter início de cobertura no novo plano no primeiro dia do mês subsequente; Deverá ser observada a data de corte, se cair no final de semana o dia de entrega deverá ser antecipado.

### Outras Informações:

A operadora cobra taxa pela emissão de segunda via do cartão; O reajuste da mensalidade é anual, a data está estabelecida em contrato com as operadoras, o índice é o que prevê a legislação e regulamentado pela ANS; A coparticipação é o valor pago pelas consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais, limitado ao valor estabelecido pelo plano por procedimento e este é acrescido de 2,5% para cobrir despesas administrativas e de cobrança;

Nestes termos, pede deferimento.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do ASSOCIADO: \_\_\_\_\_