



REQUERIMENTO **INCLUSÃO** PLANO DE SAÚDE



QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Matrícula: _____

Nome: _____ E-mail: _____

ESCOLHA DO PLANO*

**AMB+HOSP Enfermaria c/ obstetrícia
Reg 460423097**

50%Coop/Lim R\$ 150,00 **20%Coop/Lim R\$ 150,00**

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: _____

TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio deste instrumento requerer a inclusão no plano de saúde – **Saúde São José** - 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, acima qualificado, em conta corrente bancária, através da qual receba os seus vencimentos. Para esta finalidade se compromete em efetuar a liberação do código da ABEPOM para descontos das despesas.

Tenho ciência que a falta de 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 e deveres 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 em qualquer ponto de Atendimento da ABEPOM, sem pendência de documentos ou preenchimento. O cancelamento pode ser imediato ou programado, e a mensalidade será cobrada até a data solicitada. **Tenho ciência que no cancelamento do plano é obrigatória a devolução do cartão de identificação (Carteira do plano) com o formulário correspondente. Caso não ocorra, poderei sofrer descontos de futuras utilizações.**

Para **INCLUSÃO**:

O requerimento deverá ser protocolado em qualquer ponto de Atendimento 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, ocorrendo no final de semana o dia de entrega deverá ser ANTECIPADO.

Para **MIGRAÇÃO E TRANSFERÊNCIA**:

O requerimento deverá ser protocolado em qualquer ponto de Atendimento 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, ocorrendo 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.

Confirmando que recebi orientação a respeito das condições do plano de saúde contratado, bem como estou ciente de que o contrato na íntegra encontra-se no site da ABEPOM, para consulta de todas as cláusulas de direito e deveres do beneficiário.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ **Assinatura do ASSOCIADO:** _____