



REQUERIMENTO DE INCLUSÃO PLANO DE SAÚDE



QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Nome: _____ Matrícula: _____

E-mail: _____

ESCOLHA DO PLANO – SÃO JOSÉ

ENFERMARIA - 20% COPART

ENFERMARIA - 50% COPART

DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA: ____/____/____ (Sujeita a análise da operadora)

ADESÃO COM:

CARTA DE CARÊNCIA (A apresentação da carta de carência NÃO caracteriza o cancelamento do plano atual. Para solicitar o cancelamento, entre em contato com a sua operadora).

SEM CARTA DE CARÊNCIA

BENEFICIÁRIOS A SEREM INCLUÍDOS

	Nome	Cpf	Grau de Depend. (em relação ao Titular do Plano)
Titular do plano			Titular do Plano
Dependente 1			
Dependente 2			
Dependente 3			
Dependente 4			
Dependente 5			

Documentação Obrigatória:

- CPF e Rg de todos os beneficiários
- Cartão SUS de todos os beneficiários
- Comprovante de Residência (Em nome do titular do plano) Caso não tenha, é preciso fazer a declaração de residência conforme modelo fornecido pela

operadora.

- Comprovação de vínculo com o Titular do plano.
- Declaração de Saúde.

Assinatura Associado

Assinatura Titular Plano de Saúde

TERMOS

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

Ciente de que, caso a consignação em folha do pagamento não possa por qualquer motivo ser efetivada, autorizo expressamente que os valores referentes às despesas do plano SAÚDE SÃO JOSÉ, sejam debitados em conta corrente bancária, através da qual recebo meus vencimentos;

Ciente que é o responsável pelo pagamento das mensalidades e coparticipações advindas das utilizações de todos os beneficiários descritos acima e que a falta de pagamento da(s) mensalidade(s) sujeitará à rescisão do plano de saúde conforme Art 13,II, Lei 9656/98 *“A suspensão ou rescisão unilateral do contrato pode ocorrer pelo não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato...”*

Ciente da cobrança de coparticipação e prazos de cumprimento de carências, conforme informações dispostas no site da Abepom;

Ciente da cobrança da taxa de inscrição e, se for o caso, de pro-rata de mensalidade e dos direitos e deveres constantes nos contratos do plano contratado, bem como dos direitos e deveres constantes no Plano de Benefícios, com base nos termos do artigo 7º e 8º do Estatuto Social no que trata da inclusão ou permanência de dependentes;

Ciente de que toda e qualquer movimentação/alteração no plano deverá ser feita via formulário específico e protocolado nas unidades de atendimento da Abepom ou ainda através do e-mail planodesaude@abepom.org.br, sem que exista pendência de documentos ou preenchimento;

Ciente de que o cancelamento pode ser imediato ou programado, e que a mensalidade será cobrada até a data solicitada;

Autorizo a adoção de providências necessárias à contratação de Operadora de Plano de Saúde, fiscalização da assistência prestada e negociação acerca dos valores de contribuição;

Ciente de que o reajuste da mensalidade é anual, todo mês de setembro conforme prevê o contrato, sendo o índice negociado entre as partes conforme prevê a legislação e regulamentação da ANS;

Ciente e Autorizo a ABEPOM a coletar os dados pessoais do titular e dependentes, tratar, armazenar especificamente para as atividades relacionadas com a execução das finalidades da ABEPOM, sendo que o compartilhamento dos dados entre ABEPOM e Parceiros será utilizado em consonância com a LGPD para publicidade dos benefícios e serviços, assim como para realização de cobrança e desconto dos seus associados, e que a qualquer momento o titular poderá requerer informações sobre o tratamento dos dados aqui inseridos, através do e-mail comiteseguranca@abepom.org.br.

Nestes termos, pede deferimento,

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____

Assinatura Associado

Assinatura Titular Plano de Saúde