

QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Nome: _____ Matrícula: _____

ESCOLHA DO PLANO – PLADISA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FREE SEMIPRIVATIVO – 20% COPART | <input type="checkbox"/> EMP PRIVATIVO - 20% COPART |
| <input type="checkbox"/> FREE SEMIPRIVATIVO – 40% COPART | <input type="checkbox"/> EMP PRIVATIVO - 40% COPART |

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

BENEFICIÁRIOS

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

TERMOS

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

Estou ciente de que, caso a consignação em folha do pagamento não possa por qualquer motivo ser efetivada, autorizo expressamente em caráter irrevogável e irretroatável, que sejam debitados os valores redentes às despesas do plano de saúde PLADISA em conta corrente bancária, através da qual recebo meus vencimentos;

Sou responsável pelo pagamento das mensalidades e coparticipações advindas das utilizações de todos os beneficiários descritos acima e que caso não haja o pagamento da mensalidade por 2 (dois) meses o plano poderá ser cancelado;

Estou ciente da cobrança de coparticipação e prazos de cumprimento de carências, conforme informações dispostas no site da Abepom.

Tenho ciência da cobrança da taxa de inscrição e, se for o caso, de pro-rata de mensalidade e dos direitos constatados nos contratos do plano contratado, bem como dos direitos constatados 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;

Estou ciente de que toda e qualquer movimentação 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 pendência de documentos ou preenchimento.

Estou ciente de que o cancelamento pode ser imediato ou programado, e que a mensalidade será cobrada até a data solicitada.

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

Nestes termos, pede deferimento,

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