

1. DADOS DA EMPRESA ASSOCIADA CONTRATANTE

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ Código de associação: _____

Representante Legal: _____ Telefone: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo: _____

CPF: _____

3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE (até 30 dias de vida)

Nome completo	Data de Nascimento	Unifácil		Unipart		Unimax	
		Ambulatorial 19768	Global 19781	Ambulatorial	Global	Semi Privativo 24115	Privativo 24129
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES

1ª) O recém-nascido cujo beneficiário já tenha cumprido a carência estipulada, mencionada no Termo de Adesão ao Plano de Saúde Unimed, para eventos obstétricos, filho natural ou adotivo do usuário ou de seu dependente terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência de Doença e Lesão Pré-existente quando incluído até o prazo máximo de 30 dias (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do beneficiário titular através desse instrumento.

2ª) O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluído no contrato do Sindilojas POA até o prazo máximo de 30 dias após a sua adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo consumidor titular adotante.

3ª) Compete o CONTRATANTE, ao entregar ao Sindilojas POA, para cadastro do novo usuário justificar os vínculos dos dependentes com o titular identificado nesse instrumento.

4ª) Obriga-se a CONTRATANTE a pagar ao Sindilojas POA:

Taxa de inclusão por beneficiário;

Mensalidade correspondente à primeira faixa etária do plano em que o Titular pertencer; Valores correspondente às coparticipações;

Os valores referentes à mensalidade do mês da inclusão e vigência do plano para o beneficiário dependente serão apurados pela base de cálculo *pro rata* e somados à taxa de inclusão e à mensalidade do mês seguinte.

5ª) As inclusões estão sujeitas à análise de crédito e documental e serão efetivadas em até 48 horas após a aprovação.

6ª) O número do cartão do beneficiário dependente será gerado pela operadora após 48 horas à inclusão.

7ª) Essa inclusão NÃO CANCELA outras contratações de planos de saúde referente aos beneficiários relacionados acima. O cancelamento de outros contratos, INCLUSIVE UNIMED, é de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE e dos beneficiários usuários.

8ª) Para a modalidade Ambulatorial é exigido pela operadora o preenchimento da Declaração de Saúde do dependente a ser incluso.

9ª) O cartão para utilização dos serviços estará disponível para retirada na sede do Sindilojas Porto Alegre (Rua dos Andradas, 1234 – 22º andar).

Também, é possível optar que o(s) cartão(ões) do convênio seja(m) enviado(s) por correio. Em caso positivo informe o endereço no espaço destinado, logo abaixo. **Haverá o custo de envio de R\$10,00 por evento.**

Sim. Desejo que o(s) cartão(ões) seja(m) enviado(s) para o endereço (Rua, Av. Nº):

Bairro: _____, Cidade: _____, CEP: _____.

Não

Estou de acordo com as informações acima.

Beneficiário Titular

Representante Legal da Contratante