

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

Dados para contratação Titular:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Produto Escolhido: Essencial Pleno

Nome da mãe: _____

Telefone: _____ Email: _____

Dados para contratação de dependente 1 :

Cônjuge/Companheiro (a) Filho (a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Tio

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 2:

Cônjuge/Companheiro(a) Filho (a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Tio

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 3:

Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto(a) Tio

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 4:

Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Tio

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 5:

Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Tio

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 6:

Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Tio

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Empregadora, Associação ou Sindicato a proceder o desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) agregados acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica com sede à Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – 4º andar - Cerqueira César- Cidade São Paulo/SP - CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 10.414.182/0001-09 registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o n° 416801. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente eacordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Manual do Associado, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

- Os beneficiários Dependentes e os Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado.
- Havendo a possibilidade, conforme determinação da Empregadora, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido será estendida, necessariamente, para todo o meu grupo familiar.
- O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano Odontológico, celebrado entre a Empregadora e a UNIMED ODONTO S.A..
- Perante a Empregadora e perante terceiros, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.
- Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a UNIMED ODONTO S.A..
- Para a aceitação, pela Empregadora, de meu pedido de Exclusão do Plano Odontológico, deverei ter permanecido por um período mínimo de 12 (doze) meses, juntamente com o meu grupo familiar, no Plano Odontológico escolhido, considerando-se cada um dos integrantes de meu grupo familiar. Estou ciente que se ao solicitar o cancelamento antes de 12 (doze) meses e se meu grupo familiar tiver utilização, será descontada em folha a diferença entre o valor da mensalidade faltantes do grupo e a utilização.
- Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por período igual, se não houver manifestação, por escrito, das partes em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

Sem mais, subscrevo-me

Data : ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR.