TERMO DE ADESÃO OU NÃO ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, declaro, para os devidos fins, que recebi as informações referentes às opções de plano de saúde disponibilizadas pela Drawind, bem como estou ciente das condições de adesão, valores, regras de utilização, carência, coparticipação, reajustes, inclusão de dependentes e demais condições previstas nos documentos informativos de cada operadora.

1. OPÇÃO DO PROFISSIONAL

( ) OPTO pela adesão ao plano de saúde.

( ) NÃO OPTO pela adesão ao plano de saúde neste momento.

Caso marque a opção “NÃO OPTO”, declaro estar ciente de que, se houver interesse futuro na adesão, poderão ser aplicadas as regras de carência, prazos e condições vigentes na data da nova solicitação, conforme critérios da operadora escolhida.

2. ESCOLHA DO PLANO

Caso tenha optado pela adesão, assinale abaixo o plano escolhido:

Plano de Saúde Unimed - Opção escolhida:

( ) Unifácil Flex

( ) Unipart Flex

Plano de Saúde Bradesco - Opção escolhida:

( ) Bradesco Saúde Nacional II

3. CONDIÇÕES GERAIS

• a adesão ao plano de saúde é opcional;

• a inclusão somente será realizada após o envio de todos os documentos exigidos, devidamente preenchidos, assinados e legíveis;

• o plano somente ficará vigente após a confirmação oficial de inclusão enviada pelo RH;

• os valores referentes à mensalidade, coparticipação, dependentes, reajustes e demais cobranças aplicáveis poderão ser descontadas em folha de pagamento, conforme regras do plano escolhido;

• a existência ou não de carência dependerá do prazo de solicitação após a admissão e das regras da operadora escolhida;

• os dependentes, quando incluídos, seguirão as regras da operadora escolhida, inclusive quanto à carência, valores, documentação e elegibilidade;

• alterações futuras de plano, inclusão ou exclusão de dependentes deverão ser solicitadas ao RH e estarão sujeitas às regras da operadora.

4. RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Estou ciente de que os valores referentes ao plano escolhido poderão incluir mensalidade, coparticipação, reajuste por faixa etária, inclusão de dependentes e demais cobranças previstas nas condições da operadora.

Também declaro estar ciente de que, quando houver inclusão de dependentes, os custos referentes a eles serão de responsabilidade do profissional, conforme política vigente da empresa e condições do plano escolhido.

5. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

( ) NÃO desejo incluir dependente(s).

( ) DESEJO incluir dependente(s), conforme relação abaixo:

Nome do dependente	CPF	Data de nascimento	Grau de parentesco

Declaro estar ciente de que a inclusão de dependentes está condicionada ao envio da documentação exigida, como certidão de nascimento, certidão de casamento, declaração de união estável registrada em cartório, documentos pessoais e comprovantes necessários, conforme cada caso.

6. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro que li e compreendi as informações referentes ao plano de saúde escolhido, bem como estou ciente das condições de adesão, utilização, prazos, carências, valores, coparticipações, reajustes, inclusão de dependentes, descontos em folha e demais regras aplicáveis.

Declaro, ainda, que as informações prestadas neste termo são verdadeiras e que qualquer alteração deverá ser comunicada ao RH da Drawind.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do(a) Profissional