



PLANO NACIONAL DE SAÚDE UNARECEITA UNIMED
TERMO DE SOLICITAÇÃO DE INGRESSO AO PLANO DE SAÚDE NACIONAL UNIMED UNARECEITA

Eu, _____, CPF: _____, associado(a) da UNARECEITA – União Nacional dos Analistas-Tributários da Receita Federal do Brasil, estou ciente que esta adesão é voluntária e facultativa, assim solicito minha inclusão ao contrato da UNIMED, por livre e espontânea vontade, pois me enquadrando nas condições abaixo:

CONDIÇÕES PARA INGRESSAR AO PLANO DE SAÚDE NACIONAL UNIMED UNARECEITA

- 1)** Ser Analista-Tributário da Receita Federal do Brasil e ser associado da UNARECEITA com as contribuições associativas em dia;
- 2)** Além da contribuição associativa da UNARECEITA, o associado pagará a mensalidade do plano escolhido, cobrado antecipadamente até o dia 5 do mês anterior, acrescida da taxa de R\$ 20,00 (Vinte reais), para administração do benefício, (gerenciamento, cobrança, controle de sinistralidade, etc, realizada por empresa contratada para tal fim) bem como a tarifa bancária de R\$ 3,64 (Três Reais e Sessenta e Quatro Centavos) por titular/dependentes;
- 3)** O pagamento da mensalidade do plano será efetuado somente através de boleto bancário, exceto com autorização prévia do Conselho Nacional Executivo (Diretoria) da UNARECEITA;
- 4)** A proposta de adesão é composta por: ficha cadastral, geração do código de autorização de consignação no SIGAC/SIGEPE (SOU GOV), termo de solicitação de ingresso a UNIMED, termo de opção do plano com opcionais, carta de orientação com declaração de saúde e boleto bancário quitado do plano escolhido;
- 5)** Serão considerados beneficiários dependentes aqueles que tem grau de parentesco com o beneficiário titular, assim definidos: cônjuge ou companheiro(a); filhos, enteados, tutelados, menores sob guarda por força de decisão judicial, netos, bisnetos, irmãos, sobrinhos, cunhados, noras e genros;
- 6)** Documentação necessária para inscrição:
Titular: CPF, RG, Contracheque, Comprovante de residência; **Cônjuge:** CPF, RG, certidão de casamento; **Companheiro(a):** CPF, RG, declaração de união estável registrada em Cartório; **Filhos:** CPF, RG ou certidões que comprovem o parentesco; **Enteados:** CPF, RG e certidões que comprovem o parentesco; **Tutelados:** CPF, RG e termo de tutela judicial; **Menores sob guarda:** CPF, RG e termo de guarda judicial; **Netos:** CPF, RG e certidões que comprovem o parentesco; **Bisnetos:** CPF, RG e certidões que comprovem o parentesco; **Irmãos:** CPF, RG ou certidões que comprovem o parentesco; **Sobrinhos, cunhados, noras e genros:** CPF, RG e certidões que comprovem o parentesco;
- 7)** O Associado está ciente que o contrato assinado entre a UNARECEITA e a UNIMED, encontra-se à disposição no link www.unareceita.org.br/download/contrato_unimed_unareceita.pdf ou na Sede da UNARECEITA, Av. Rio Branco, 156, sala 2039, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP 20040-90;
- 8)** O contrato poderá sofrer reajustes legais e contratuais nas seguintes situações: reajuste financeiro no aniversário do contrato, índice de sinistralidade superior ao previsto no contrato, mudança de faixa etária; e em outras hipóteses desde que em conformidade com a legislação vigente à época;
- 9)** A cobrança das mensalidades do plano será efetuada antecipadamente e através de boletos bancários, com o vencimento até o dia 5 do mês anterior. O não pagamento de uma das mensalidades até o vencimento ensejará, na exclusão do associado e seus dependentes da UNIMED e conseqüentemente na perda da cobertura do Plano. Neste caso, solicitamos que seja imediatamente devolvida a carteira de identificação do Plano do associado e seus dependentes;
- 10)** Ocorrendo a exclusão, o retorno ao contrato tem obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais, independente do período anterior do beneficiário no contrato;
- 11)** O associado obriga-se a comunicar expressamente até dia 30 de cada mês, toda e qualquer alteração cadastral, em especial: inclusão/exclusão de dependente, alteração de endereço, transferência de plano e solicitação de cancelamento;
- 12)** Estou ciente que é de minha inteira responsabilidade a consulta da rede credenciada, solicitações de liberações de reembolsos, autorizações de consultas, exames, internações, bem como demais procedimentos, que serão efetuadas exclusivamente junto à UNIMED;
- 13)** Estou ciente que, ao quitar o boleto, confirmo minha adesão ao plano e, conseqüentemente, aceito as condições gerais de ingresso a UNIMED.

Declaro que li, estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições deste instrumento. Assim sendo, autorizo minha inclusão como beneficiário(a) Titular e de meu(s) dependente(s) à UNIMED. Assino o presente termo anexando a cópia da cédula de identidade para conferência da assinatura ou utilizando assinatura por certificado digital.

_____/_____/_____
Data

Assinatura