

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE ATRAVÉS DO CONVÊNIO ASSOCIAÇÃO DOS SERVENTUÁRIOS DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – SERJUS/MG E UNIMED-BH COOPERATIVA DE TRABALHOS MÉDICOS

Por este Termo de Adesão, na qualidade de associado da Associação dos Serventuários de Justiça do Estado de Minas Gerais – SERJUS/MG, através da matrícula nº _____, solicito a minha inclusão, bem como as de meus dependentes no Plano de Saúde através do Convênio mantido entre a SERJUS X UNIMED BH, na modalidade:

Contrato:

UNIPART COPARTICIPATIVO ESTADUAL (contrato: 208850): [] Apartamento [] Enfermaria

SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:

[] Unimed Odonto

[] Odontoprev

[] Rede Dental

Cidade de Atendimento: _____.

Dados do Titular:

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Serventia: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel Comercial: _____ Tel Residencial: _____ Cel: _____

E-mail: _____

Dados dos Dependentes:

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

1. Estou inteiramente de acordo com todos os termos do contrato principal referenciado neste Termo de Adesão, declarando, nesta oportunidade, que tenho conhecimento de seu inteiro teor, cuja cópia encontra-se disponível no site: www.serjus.com.br, link: Plano de Saúde.
2. Tenho conhecimento do valor da mensalidade com a qual passarei a arcar, ciente ainda, de que o custo mensal da assistência médica, varia conforme a idade dos beneficiários inscritos. Quando ocorrer mudança de faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado automaticamente.
3. Comprometo-me a efetuar o pagamento integral das mensalidades e das coparticipações, se houver.
4. Tenho conhecimento de que, além do reajuste por mudança de faixa etária, os valores das mensalidades são corrigidos em periodicidade mínima de 12(doze) meses, pelo índice de reajuste determinado no contrato principal ou outra variante determinada pela ANS.
5. Em caso de não recebimento do documento de cobrança da mensalidade do plano em até 05(cinco) dias antes do vencimento terei de entrar em contato com a SERJUS, solicitando a emissão de novo boleto ou os dados para depósito em conta corrente. No caso de pagamento através de depósito em conta corrente, comprometo-me a enviar o comprovante através do e-mail: atendimento@serjus.com.br, identificando o pagamento junto ao Departamento Administrativo Financeiro da SERJUS/MG, sob pena de ter o plano cancelado por falta de pagamento.
6. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros e atualização monetária calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa mensal de 2%(dois por cento) sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme cada caso, ressarcimento por perdas e danos, desde que determinado judicialmente, **sem prejuízo de comunicação ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC)**.
7. Este Termo será rescindido ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, por período superior a sessenta dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses da vigência do termo, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.
8. O cancelamento do plano previsto no item anterior, não isentará do pagamento das mensalidades pendentes, **sem prejuízo de comunicação ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC)**.
9. Caso não tenha interesse em continuar com o plano, devo comunicar formalmente a SERJUS junto ao seu Departamento Administrativo Financeiro, enviando um ofício através do e-mail: atendimento@serjus.com.br e ainda comprometo-me a enviar o documento original devidamente

assinado, com 30(trinta) dias de antecedência ao vencimento da próxima mensalidade, ciente ainda que os pagamentos das mensalidades anteriores deverão estar quitados.

10. Na hipótese de rescisão, por qualquer motivo e qualquer circunstância, devolvarei a SERJUS as carteiras de identificação que me foram fornecidas, responsabilizando-me pelas despesas decorrentes da utilização indevida.

11. Estou ciente de que para ter este benefício é necessário estar em dia com o pagamento das mensalidades de Contribuição Social da SERJUS, fator primordial para ter acesso ao Plano de Saúde através do Convênio SERJUS UNIMED BH.

Anexo ao contrato segue o cheque nº _____, Banco: _____,

Agência: _____, no valor de R\$ _____, nominal a

Associação dos Serventuários de Justiça do Estado de Minas Gerais – SERJUS/MG, referente ao pagamento da 1ª mensalidade e taxa de adesão, bem como a documentação necessária para a inclusão no Plano Saúde:

- Cópia da Carteira de Identidade (Titular e dependentes);
- CPF (Titular e dependentes);
- Certidão de Nascimento (menores de idade);
- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável com firma reconhecida em Cartório;
- Comprovante de endereço (Titular);
- Para dependentes pai e mãe, apresentar Declaração de Imposto de Renda do último exercício;
- Menores sob Guarda – Termo de Tutela.

Assinatura do Titular

Local e Data