

Solicitação de Adesão

Identificação da Cooperativa / Sindicato

Nome

Identificação do proponente

Nome				Data de nascimento	
Filiação (Nome da mãe)		CPF	Sexo	Ec	Idade
Carteira de identidade	PIS/PASEP	Profissão		Renda mensal	
Endereço				Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP		
Tel	Cel	E-mail			

Benefícios Previdência privada Plano odontológico Plano de saúde Seguro _____

Tipo de plano Vita Vita Premium Qualis Qualis Premium R\$ _____

Início dos benefícios 1º de _____ de 20_____ Vigência da apólice:
Anual com renovação todo mês de _____

Identificação dos dependentes

Nome		GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)		CPF	Sexo	EC	Idade

Benefícios Previdência privada Plano odontológico Plano de saúde Seguro _____

Tipo de plano Vita Vita Premium Qualis Qualis Premium R\$ _____

Nome		GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)		CPF	Sexo	EC	Idade

Benefícios Previdência privada Plano odontológico Plano de saúde Seguro _____

Tipo de plano Vita Vita Premium Qualis Qualis Premium R\$ _____

Nome		GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)		CPF	Sexo	EC	Idade

Benefícios Previdência privada Plano odontológico Plano de saúde Seguro _____

Tipo de plano Vita Vita Premium Qualis Qualis Premium R\$ _____

Nome		GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)		CPF	Sexo	EC	Idade

Benefícios Previdência privada Plano odontológico Plano de saúde Seguro _____

Tipo de plano Vita Vita Premium Qualis Qualis Premium R\$ _____

Grau de parentesco	Códigos	Sexo	Estado Civil
01-Conjugê 02-Filhos 03-Pai/Mãe 04-Sogro 05-Outros	GP-Grau de Parentesco EC-Estado Civil	M-Masculino F-Feminino	01-Solteiro 02-Casado 03-Viúvo 04-Separado 05-Outros

VALOR DAS MENSALIDADES / RECIBO - O consultor abaixo identificado responsável pela intermediação declara ter recebido o valor do prêmio total.

Titular R\$	Dependente 1 R\$	Dependente 2 R\$	Dependente 3 R\$	Taxa de adesão R\$
Dependente 4 R\$				Taxa de Implantação R\$
<input type="checkbox"/> Dinheiro Forma de pagamento - 1ª mensalidade <input type="checkbox"/> Cheque nº _____ Banco nº _____ C/C _____ Ag _____			Demais mensalidades <input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente	
				Prêmio total R\$ _____

Autorizo a SUPER SAÚDE - CONSULTORIA E GESTÃO DE BENEFÍCIOS, como estipulante do(s) Benefício(s) ora contratado(s), a proceder o débito automático em minha conta corrente bancária, discriminada abaixo, nos valores combinados em contrato.

Nº do Banco	Nome do Banco	Agência	Dígito	Conta Corrente	Dígito
-------------	---------------	---------	--------	----------------	--------

Local e data	Assinatura do responsável
--------------	---------------------------

Identificação do consultor

Código	Nome legível	Assinatura
--------	--------------	------------

PELO PRESENTE DECLARO EXPRESSAMENTE:

- 1- Estar ciente de que minha adesão ao(s) benefício(s) ora contratado(s) está impreterivelmente condicionado à quitação da taxa de adesão, taxa de implantação e que o pagamento da 1ª mensalidade cujo valor está discriminado na frente desta Proposta de Adesão no ato de sua assinatura ocorrerá no dia 30 do mês anterior ao início da vigência;
- 2- Estar ciente de que a cobertura deste(s) benefício(s), é o definido pela data de início do(s) benefício(s) constante(s) na frente desta Proposta de Adesão.
- 3- Ter conhecimento de que o presente instrumento é uma proposta de adesão a um contrato coletivo de Adesão, estipulado pela SUPER SAÚDE junto ao SEMIC, ANS número 315761, e que tal contrato coletivo destina-se aos cooperados, associados e funcionários das entidades ligadas ao SINDCARJ - SINDICATO DOS MICRO-EMPRESÁRIOS, PROFISSIONAIS LIBERAIS, COMERCIANTES E AUTÔNOMOS DO R.J., sendo administrado pelo próprio estipulante SUPER SAÚDE;
- 4- Ser esta adesão voluntária e facultativa; reconheço ainda, que optei por minha livre e espontânea vontade por aderir ao presente contrato coletivo, renunciando, neste ato, a contratar um plano individual diretamente com o SEMIC;
- 5- Ter conhecimento e concordar com a totalidade dos termos das Condições Gerais do presente contrato coletivo por adesão, reconhecendo que recebi os referidos termos através do Manual do Beneficiário, juntamente com esta Proposta de Adesão, incluindo informações sobre o plano pretendido e suas peculiaridades de cobertura, despesas não cobertas, e formas de reajuste;
- 6- Ter ciência de que minha aceitação e a de meus dependentes está condicionada à aprovação por parte da SUPER SAÚDE, cuja recusa deverá ser apresentada ao proponente titular em até 7 dias contados a partir da assinatura da presente proposta;
- 7- Estar ciente de que tenho que quitar a mensalidade de forma integral, seja via boleto bancário ou débito em conta corrente; nesses casos, concordo com a cobrança de tarifa bancária e autorizo, desde já, que seja realizado o referido débito automático na conta corrente discriminada na 1ª via desta proposta de adesão, acrescido de tarifa bancária e, em não ocorrendo a quitação de minha mensalidade seja através de boleto bancário ou por débito automático em conta corrente, deverei dirigir-me ao local indicado no item 13 abaixo, no máximo até o dia 20 (vinte) do mesmo mês, para garantir a manutenção do benefício contratado;
- 8- Autorizar expressamente à SUPER SAÚDE proceder minha exclusão do referido contrato, juntamente com os meus dependentes inscritos, caso não haja quitação na mensalidade, conforme item 7 acima, uma vez que sou integralmente responsável pelo pagamento mensal, nesse caso, meus direitos e os de meus dependentes à cobertura do presente contrato serão totalmente encerrados no último dia do mês pago. Declaro ainda, ter ciência de eventuais custos devidos a utilizações do presente plano, após a minha exclusão e a de meus dependentes serão passíveis de cobrança, conforme itens 7 e 11;
- 9- Estar ciente de que, dado o caráter diferenciado deste contrato coletivo por adesão, inexistente o direito da apólice individual que permite o atraso de pagamento da mensalidade em até 60 (sessenta) dias acumulados ou sucessivos;
- 10- Estar ciente de que, havendo minha exclusão e de meus dependentes, somente poderei reingressar neste contrato após o preenchimento de todos os requisitos; aceitação da SUPER

SAÚDE e cumprimento de novas carências, independentemente do período anterior em que pertencemos a este contrato;

11- Estar ciente de que, se houver cancelamento (exclusão) por minha iniciativa ou pelo motivo descrito no item 8 acima, deverei devolver à SUPER SAÚDE meu cartão de identificação da(s) Operadora(s) e/ou Seguradora(s), bem como os cartões dos meus dependentes segurados. A partir do referido cancelamento, não mais poderemos utilizar o presente plano assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras pelas utilizações indevidas dessa natureza, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem meu conhecimento;

12- Outorgar ao estipulante procuração para que o mesmo tenha amplos poderes para representar a mim e a meus dependentes perante operadoras de saúde, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas das Condições Gerais, bem como reajustes de preços;

13- Responsabilizar-me por comunicar, por inscrito, ao SUPER SAÚDE, investido dos poderes de administração do presente contrato por adesão, situado à Av. Marechal Câmara, 160, Grupo 1211 – Centro – Rio de Janeiro – Telefone (21) 2215-5450 – sac@supersaudeconsultoria.com.br toda e qualquer alteração cadastral (inclusão e exclusão de dependentes, etc) principalmente de endereço e/ou conta corrente bancária para débito automático. Todas as consequências de não informação são de minha inteira responsabilidade. Tais alterações terão vigência a partir do mês subsequente;

14- Que, para os devidos fins e efeitos, as informações aqui prestadas são absolutamente verdadeiras e completas; se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão; e autorizo, desde já, a SUPER SAÚDE, a solicitar a qualquer tempo, documentos comprobatórios referentes a todas as informações declaradas, tais como: comprovante de registro junto a entidade, endereço, comprovação de permanência em planos anteriores, laudos médicos, psiquiátricos, prontuários, exames, etc.;

15- Ter ciência de que minha mensalidade citada no item 7 acima poderá sofrer reajuste, com minha total concordância, nas seguintes situações: (1) por mudança de faixa-etária, (2) quando houver desequilíbrio econômico-financeiro do plano, que possa vir a comprometer a manutenção do presente contrato coletivo por adesão, (3) anualmente de acordo com o aumento dos custos dos serviços de assistência à saúde (4) em outras hipóteses, desde que em conformidade com a legislação vigente da época;

16- Ter o direito de desistir da presente proposta de adesão, sem qualquer ônus, desde que tal decisão seja tomada no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura desta proposta; e que, dentro desse prazo, a desistência seja formalizada e encaminhada por escrito à SUPER SAÚDE no endereço indicado no item 13 acima.

DECLARO TER LIDO E ESTAR DE ACORDO COM OS ITENS ACIMA, DECLARO AINDA, QUE RECEBI NESTE ATO A CÓPIA DA PROPOSTA DE ADESÃO, DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE E O MANUAL DO BENEFICIÁRIO.

O CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO, A LISTA DE PRESTADORES MÉDICOS (MANUAL DO USUÁRIO), SERÃO ENVIADOS PELA SUPER SAÚDE, TÃO LOGO O MEU REGISTRO E DO(S) MEU(S) DEPENDENTE(S) ESTEJA(M) REGULARIZADO(S) JUNTO A OPERADORA.

Local e data		Assinatura do responsável	
Plataforma	Código e Nome do consultor	Assinatura	