

Inclusão Inclusão de Dependente Troca de Empresa Troca de Plano**Empresa Associada:****Código:**

Telefone: ()

CNPJ:

() Proprietário

() Plano Global Enfermaria 9942

() Funcionário

() Plano Global Apartamento 9943

Com extensão para a cidade de:

Nome do Titular:

Data de Nascimento:

Gênero Social: ()F ()M ()Ignorado

Estado Civil:

C.P.F.:

RG.:

Nº Cartão SUS:

Nome da Mãe do Usuário:

Endereço Residencial:

Nº

Compl.

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone Residencial:()

Celular:()

1) Nome do Dependente:

Grau de Parentesco:

C.P.F.:

Gênero Social: ()F ()M ()Ignorado

2) Nome do Dependente:

Grau de Parentesco:

C.P.F.:

Gênero Social: ()F ()M ()Ignorado

3) Nome do Dependente:

Grau de Parentesco:

C.P.F.:

Gênero Social: ()F ()M ()Ignorado

No ato da rescisão e/ou pedido de cancelamento do convênio médico, devolveremos o(s) cartão(ões) da Unimed do titular e dependente(s) para que não ocorra o uso indevido.

Faz parte integrante da presente ficha de adesão a tabela com os valores das mensalidades do plano de saúde adquirido.

Assumimos inteira responsabilidade pelas informações as quais estamos de acordo.

Piracicaba, _____ de _____ de 20_____

 Nome Completo do Responsável pela Empresa

 Assinatura do Usuário Titular

 Assinatura do Responsável pela Empresa

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADESÃO AO PLANO MÉDICO

(TODAS AS CÓPIAS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS)

ADESÃO DE TITULAR SENDO PROPRIETÁRIO(A), SÓCIO(A) OU FUNCIONÁRIO(A) DA EMPRESA:

- 01 via da ficha de adesão; **
- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; **
- 02 vias do Aditivo Contratual (caso a empresa não possua contrato dos planos 9942 ou 9943); **
- 01 via da tabela de valores; **
- 02 cópias do cartão de CNPJ;
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH, ou RG que conste CPF ou Registro de Categoria Profissional;
- 02 cópias do Contrato Social para inclusão de proprietários e/ou sócio;
- 02 cópias da Carteira Profissional (CTPS) referente as páginas: foto, qualificação civil e contrato de trabalho (página do registro + página posterior do registro) ou CTPS digital ou Ficha de Registro do eSocial ou Folha de Registro de Empregados (frente e verso) para inclusão de funcionários;
- 02 cópias do comprovante de residência com CEP;
- 02 cópias ou a numeração do cartão SUS;
- 02 cópias do último boleto quitado do plano anterior (caso tiver);
- 01 via da Declaração de Responsabilidade de cancelamento do plano anterior (caso tiver) **.

ADESÃO DO(A) CÔNJUGE DO(A) TITULAR:

- 01 via da ficha de adesão; **
- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; **
- 02 cópias da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável reconhecida em cartório;
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH, ou RG que conste CPF ou Registro de Categoria Profissional;
- 02 cópias ou a numeração do cartão SUS;
- 02 cópias do último boleto quitado do plano anterior (caso tiver);
- 01 via da Declaração de Responsabilidade de cancelamento do plano anterior (caso tiver) **.

ADESÃO DO(A) FILHO(A) DO(A) TITULAR DE ATÉ 23 ANOS:

- 01 via da ficha de adesão; **
- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; **
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH, ou RG que conste CPF ou Registro de Categoria Profissional (na ausência de alguns destes documentos, em caso de recém-nascido substituir pela Certidão de Nascimento);
- 02 cópias ou a numeração do cartão SUS;
- 02 cópias do último boleto quitado do plano anterior (caso tiver);
- 01 via da Declaração de Responsabilidade de cancelamento do plano anterior (caso tiver) **.

**Documentos fornecidos pela ACIPI

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O prazo para entrega da documentação completa para adesão e/ou cancelamento ao plano médico **é até o dia 15 de cada mês**, para ser efetivado no próximo mês, exceto no mês de **dezembro**, que deverá ser consultado com o departamento de Convênios.

A cobrança da mensalidade do plano médico é realizada juntamente com o boleto da mensalidade da Acipi, e o reajuste anual para esta modalidade de plano é celebrado no mês de julho.

A data de vencimento do boleto é todo dia 20 de cada mês. *

O não pagamento do boleto na data de vencimento implicará no cancelamento do plano médico. O cancelamento do plano médico e/ou suspensão dos demais serviços da entidade não implicará no cancelamento do débito, o qual deverá ser devidamente quitado.

***Sujeito a alteração.**

Departamento Comercial

comercial@acipi.com.br

(19) 3417-1766 opção 3