

Contrato de Adesão
Proposta nº

PROPOSTA AO PLANO COLETIVO POR ADESÃO

| | | |
|---|---------------------------|--------------------|
| Início da Vigência do Benefício: | | |
| Planos de Assistência Odontológica (Assinalar abaixo com a opção de plano escolhido) | | |
| <input type="checkbox"/> Maxi Plus Coletivo do Adesão Nº ANS: 486.100/20-1 (sem coparticipação) | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| Nome: | | |
| Data Nascimento: | Sexo: | Estado Civil: |
| Nome da Mãe: | | |
| Nome do Pai: | | |
| CPF: | RG: | Data da Expedição: |
| Endereço Residencial completo: CEP | | |
| Logradouro: | Nº: | |
| Bairro: | Município: | UF: |
| E-Mail: | | |
| DDD + Telefone celular: | DDD + Telefone comercial: | |
| DADOS DOS DEPENDENTES | | |
| 1 | Nome: | |
| | Nome da Mãe: | |
| | Nome do Pai: | |
| | CPF: | CNS: |
| Data Nascimento: | Sexo: | Parentesco: |
| 2 | Nome: | |
| | Nome da Mãe: | |
| | Nome do Pai: | |
| | CPF: | CNS: |
| Data Nascimento: | Sexo: | Parentesco: |
| 3 | Nome: | |
| | Nome da Mãe: | |
| | Nome do Pai: | |
| | CPF: | CNS: |
| Data Nascimento: | Sexo: | Parentesco: |
| Assinatura do Proponente Titular ou do Responsável Financeiro: | | |

Contrato de Adesão
Proposta nº

PLANO PRETENDIDO

Conforme Lei 9656-98 e RN 279/11, declaro que recebi as tabelas de preços com os valores pactuados com a contratante e os valores por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98. O representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer as tabelas de preços com os valores por faixa etária.

ATENÇÃO: Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria do Proponente Titular.

| | Idade | Mensalidade | Taxa de inscrição |
|---------------|-------|-------------|-------------------|
| Titular | | R\$ | R\$ |
| 1º dependente | | R\$ | R\$ |
| 2º dependente | | R\$ | R\$ |
| 3º dependente | | R\$ | R\$ |
| 4º dependente | | R\$ | R\$ |

Valor total das Mensalidade + Taxa de Inscrição em R\$:

FORMA DE PAGAMENTO

- Boleto Mensal – Todo dia: 10
 Taxa de Inscrição:

RESPONSÁVEL FINANCEIRO

| | |
|---------------------|-----------|
| Nome: | CPF: |
| Grau de parentesco: | Telefone: |

Atenção: Os valores indicados acima sofrerão alteração caso haja reajuste anual da apólice coletiva ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a data da sua 1º (primeira) cobrança.

Informações do Representante da Empresa

| | |
|-------|-------------|
| Nome: | CPF: |
| Data: | Assinatura: |

| | |
|---|--|
| Assinatura do Proponente Titular ou do Responsável Financeiro: | |
|---|--|

Contrato de Adesão
Proposta nº

FICHA DE INSCRIÇÃO – PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Eu, _____ declaro que reconheço e estou de acordo com os seguintes termos:

1. Este documento é uma ficha de adesão a um contrato Coletivo de plano de assistência à saúde celebrado entre a INOVA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA-ME (denominada comercialmente como HUBCARE) e Odontomaxi, como “Operadora”; destinado também aos beneficiários que mantenham vínculo de dependente comigo, conforme indicado na Proposta de Adesão.
2. O presente contrato é do tipo COLETIVO POR ADESÃO, conforme definição dada pela Resolução Normativa RN 195, de 14 de julho de 2009.
 - 2.1. Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato, em conformidade com o contrato de assistência à saúde firmado entre a Operadora e a HUBCARE, e o disposto no Termo firmado entre as partes: filho(s) solteiros e enteados, cônjuges, companheiro(a).
 - 2.2. A HUBCARE providenciará a inclusão, no Plano de saúde da Operadora, dos Beneficiários titulares e dependentes, por meio da Ficha de Inscrição ou Formulário de cadastro próprio da Administradora a ser solicitada e preenchida pelo titular, fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários titulares e seus dependentes, cujo preenchimento é obrigatório.
 - 2.3. As Fichas de Inscrição deverão ser preenchidas e assinadas pelos beneficiários titulares e entregues para a HUBCARE juntamente com as documentações requeridas.
3. A movimentação cadastral, de inclusão e exclusão de beneficiários deverá ser realizada pelo TITULAR junto ao CNPJ que tiver vínculo até o dia 15 (quinze) de cada mês, sendo que as exclusões serão processadas no último dia do mês e as inclusões no 1º (primeiro) dia do próximo mês de acordo com o cronograma desenvolvido pela ADMINISTRADORA, mediante o envio da movimentação cadastral do mês.
4. Serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários que apresentar as seguintes situações:
 - a) perder o vínculo jurídico (associativo ou sindical);
 - b) nos casos de morte;
 - c) nos casos de perda da condição de dependente;
 - d) nos casos de fraude DEVIDAMENTE comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente;
 - e) nos casos de inadimplência do beneficiário no pagamento da MENSALIDADE do plano por mais de 60 dias;
 - f) nos casos de rescisão do presente Contrato;
 - g) nos casos de solicitação espontânea de exclusão do beneficiário.
 - h) nos casos de exclusão do beneficiário TITULAR, quando todo grupo de dependentes a ele vinculados perdem imediatamente o benefício.
5. Neste ato, outorgo à INOVA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA-ME, denominada comercialmente como HUBCARE, amplos poderes para representar a mim e aos meus dependentes perante a Operadora e outros órgãos, em especial ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas e condições gerais, bem como reajustes de preço do presente benefício.
6. O contrato coletivo firmado entre a Administradora de Benefícios (HUBCARE) e a Operadora vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo determinado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, sendo aplicado os reajustes correspondentes conforme cláusula contratual.
7. A HUBCARE emitirá documento de cobrança contra o TITULAR ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO, podendo utilizar-se de boleto, e-mail, SMS ou o melhor meio que lhe convenha, para o qual comprometo-me pelo pagamento, desde que receba a ordem de pagamento em data anterior ao de vencimento.

Contrato de Adesão

Proposta nº

- 7.1. Caso a forma de pagamento escolhida seja "cartão de crédito", haverá a cobrança de taxa de administração no percentual correspondente a 5%, incidentes sobre os valores gerados de mensalidades e coparticipações, haja vista os encargos decorrentes desta modalidade de pagamento.
8. Em caso de atraso no pagamento, reconheço que incidirá uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelo Índice Geral de Preço ao Mercado - IGPM, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.
9. No período de inadimplência, reconheço que poderá acarretar a suspensão automática do benefício, cuja utilização somente será restabelecida a partir do quinto dia útil da quitação do (s) valor (es) pendente (s), acrescido (s) dos encargos supracitados.
10. Após 60 dias de inadimplência, sem prejuízo das cobranças devidas, o titular e o seu grupo de dependentes, terão seu benefício cancelado.
11. Ressalta-se que o referido cancelamento de um beneficiário dependente ou a totalidade de beneficiários de meu plano, não me exime do pagamento dos débitos dos valores não quitados, sejam de mensalidades, coparticipações ou quaisquer taxas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA caso não haja o pagamento
12. O valor mensal do beneficiário poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) anual, no aniversário do contrato (pode incidir reajuste inflacionário e por aplicação do índice de sinistralidade); b) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas da ANS e legislação em vigor.
13. Os reajustes financeiros e técnicos aplicados serão comunicados à ANS, anualmente, na data do aniversário do contrato conforme dispuser a Resolução Normativa editada pela ANS vigente à época.
14. Devo encaminhar prontamente à Administradora de Benefícios (HUBCARE) e/ou Operadora, quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.
15. A coparticipação é um mecanismo de regulação que consiste na participação do cliente no custo das consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais. Para os planos que possuem mecanismos de regulação. Importante: Os valores das coparticipações não são pagos pelo beneficiário no momento da realização dos procedimentos, mas cobrados posteriormente na fatura mensal juntamente com a mensalidade do plano de saúde.
16. Qualquer solicitação de autorização de procedimentos médicos deverá ser encaminhada diretamente a Operadora, eis que a Administradora de Benefícios não possui competência para apreciar o pedido médico e tão pouco gerar a referida senha de autorização.
17. O custo da taxa de Inscrição será cobrado juntamente com o pagamento da primeira mensalidade.
18. Declaro estar ciente que as faltas as consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 6 (seis) horas, deverão ser indenizadas ao Prestador de serviços.
19. Declaro estar ciente que para rescindir o presente contrato será necessário o pagamento à vista de uma multa fixada no valor de 3(três) mensalidades.
20. Declaro ter ciência que meus dados pessoais serão armazenados no sistema operacional utilizado pela Odontomaxi para garantir atendimento junto a Rede Credenciada e troca de informações junto a Agência Nacional da Saúde e demais órgãos pelo período de cumprimento de obrigações legais.
21. Declaro para todos fins de direito ter ciência e estar de acordo com a POLÍTICA DE PRIVACIDADE da Odontomaxi, disponível no site www.odontomaxi.com.br.

Contrato de Adesão
Proposta nº

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DOS DADOS DE CUSTOS ASSISTENCIAIS

22. Reconheço e concordo com o tratamento dos dados de custos assistenciais, meus e de meus dependentes, pela Administradora, com vistas ao acompanhamento e gestão da sinistralidade, de forma a minimizar impactos de reajustes futuros, em conformidade com o inciso XII, do artigo 5º; dos incisos I, V, VI e VII do artigo 6º; do inciso I do artigo 7º e, ainda, do inciso I do artigo 11, todos da Lei 13.709 denominada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), sendo que a Administradora se compromete e assegura a privacidade e proteção desses dados, de acordo com suas obrigações legais, bem como manterá tais dados sob sua exclusiva guarda e apenas enquanto necessário ao atingimento da finalidade.

**Assinatura do Proponente Titular ou do
Responsável Financeiro:**

REAJUSTES

Independentemente da data de adesão do beneficiário à apólice coletiva de seguro-saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
II) reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na página 01 desta proposta ao Benefício.

Local e Data:

**Assinatura do Proponente Titular ou do
Responsável Financeiro:**