

Os produtos estão de acordo com a Legislação e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

1 - DADOS DA OPERADORA

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, CNPJ n.º 16.513.178/0001-76, Registro na ANS n.º 34388, com sede na Rua dos Inconfidentes, N° 44, Cidade: Belo Horizonte/MG | CEP: 30140-120, Telefone: 0800 030 30 03

2 - DADOS DO CONTRATANTE

Razão Social:	ASSOCIAÇÃO DOS ECONOMIÁRIOS APOSENTADOS DE MINAS GERAIS				
Nome Fantasia:	AEAMG				
CNPJ n.º:	21.613.427/0001-35	Inscrição Estadual:		Inscrição Municipal:	0153262001-X
Logradouro:	Número:	Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Av. AMAZONAS	298 - 1º ANDAR	CENTRO	Belo Horizonte	MG	30.180-904
Telefones:	31 3212-4155		E-mail:	aeaminas@aeaminas.com.br	

3 - DADOS DO TITULAR - ASSOCIADO(A) DA AEAMG

Nome Completo:			Data de Nascimento:		
Sexo:			Estado Civil:		
Nome da Mãe:			CPF:		
Data da Inclusão ao Plano:			Data de associação:		
Endereço:			Bairro:		
Cidade:	UF:			CEP:	
Telefone:			Celular:		
			E-mail:		

4 - DADOS DOS DEPENDENTES

DEPENDENTE 01

Nome Completo:			Data de Nascimento:			Parentesco:	
Sexo:			Estado Civil:				
Nome da Mãe:			CPF:			Data da Inclusão ao Plano:	

DEPENDENTE 02

Nome Completo:			Data de Nascimento:			Parentesco:	
Sexo:			Estado Civil:				
Nome da Mãe:			CPF:			Data da Inclusão ao Plano:	

DEPENDENTE 03

Nome Completo:			Data de Nascimento:			Parentesco:	
Sexo:			Estado Civil:				
Nome da Mãe:			CPF:			Data da Inclusão ao Plano:	

DEPENDENTE 04

Nome Completo:			Data de Nascimento:			Parentesco:	
Sexo:			Estado Civil:				
Nome da Mãe:			CPF:			Data da Inclusão ao Plano:	

DEPENDENTE 05

Nome Completo:			Data de Nascimento:			Parentesco:	
Sexo:			Estado Civil:				
Nome da Mãe:			CPF:			Data da Inclusão ao Plano:	

PRODUTO 01 - UNIPART FLEX COPARTICIPATIVO ESTADUAL - 44890

5 - PREÇOS POR FAIXA ETÁRIA

O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do beneficiário. Quando ocorrer a mudança de faixa etária do beneficiário, será aplicado reajuste conforme a variação percentual da faixa etária, especificada na tabela abaixo.

O valor mensal a ser pago será igual à soma dos valores da assistência médica, referente a cada beneficiário inscrito.

Os valores referentes a coparticipação não estão incluídos nos preços abaixo:

Faixa Etária	Valores de Mensalidades de Produto Assistencial			
	Enfermaria		Apartamento	
	Preço Unitário R\$	Variação %	Preço Unitário R\$	Variação %
00 a 18 anos	130,19	-	175,75	-
19 a 23 anos	156,23	20,00	210,91	20,01
24 a 28 anos	193,73	24,00	261,51	23,99
29 a 33 anos	240,22	24,00	324,27	24,00
34 a 38 anos	269,05	12,00	363,19	12,00
39 a 43 anos	279,81	04,00	377,72	04,00
44 a 48 anos	352,56	26,00	475,94	26,00
49 a 53 anos	401,92	14,00	542,58	14,00
54 a 58 anos	478,29	19,00	645,67	19,00
59 anos ou mais	779,61	63,00	1.052,44	63,00

Taxa de Inscrição: Será cobrada a taxa uma única vez por beneficiário inscrito, independente da época da inscrição no valor de R\$ 12,80 (doze Reais e oitenta centavos)

6 - COPARTICIPAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

1) Eventuais valores de coparticipações serão cobrados juntamente com o boleto, quando houver a realização de procedimentos. A coparticipação poderá ser cobrada em mês diferente do que foi realizado o procedimento.

2) Reajuste - Os valores das mensalidades e coparticipações serão reajustados, na data do aniversário do contrato, conforme índice apurado para o contrato, no caso deste contrato, IGP-M.

A classificação de um procedimento/exame em simples ou especial pode ser consultada no site da Unimed-BH - www.unimedbh.com.br.

Coparticipação ENFERMARIA e APARTAMENTO - Valores Fixos	
Procedimentos	Rede R\$
	Consultas Médicas em Consultório
Consulta em Pronto Atendimento	R\$ 53,60
Internação Enfermaria	R\$ 126,00
Internação Apartamento	R\$ 253,00

Coparticipação ENFERMARIA e APARTAMENTO - Valores e % Aplicados		
Procedimentos	Rede	
	R\$	%
Exames e Terapias Diferenciadas	R\$ 120,00	50,00
Exames e Terapias Reduzidas	R\$ 40,00	50,00
Procedimentos Diferenciados	R\$ 120,00	50,00
Procedimentos Reduzidos	R\$ 40,00	50,00

Valores dos Serviços Opcionais			
Serviço	Prestador	Cobertura	Preço Unitário
Aero	Uniminas	Transporte Aeromédico	R\$ 3,20

PRODUTO 01	CARACTERÍSTICA DO PRODUTO / COBERTURA		
	Plano	Acomodação	Registro
	Plano: UNIPART FLEX - CO-PARTICIPATIVO - Contratação: COLETIVO ADESAO COBRANÇA FATURADA Abrangência: ESTADUAL - Rede: REDE AMPLA - Cobertura: AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRICIA	APARTAMENTO	459445092
	Plano: UNIPART FLEX - CO-PARTICIPATIVO - Contratação: COLETIVO ADESAO Abrangência: ESTADUAL - Rede: REDE AMPLA - Cobertura: AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRICIA, e exames complementares	ENFERMARIA	459443096
	PRODUTOS E SERVIÇO OPCIONAIS		
Tipo	Prestador	Cobertura	Registro
Aero	Uniminas	Transporte Aeromédico	-

Coparticipação Hospital Dia: O valor será o correspondente ao de internação enfermaria, independentemente da acomodação contratada, conforme tabela de coparticipação do produto. Valor: R\$126,00

Coparticipação Psiquiátrica:

A) Internação para tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, isento de coparticipação pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, por ano de contrato, não acumulativos. B) A internação citada na alínea "a" anterior fica sujeita a coparticipação financeira do proponente/representante fixada em 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia.

PRODUTO 02 - UNIPART FLEX COPARTICIPATIVO - 44889

5 - PREÇOS POR FAIXA ETÁRIA

O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do beneficiário. Quando ocorrer a mudança de faixa etária do beneficiário, será aplicado reajuste conforme a variação percentual da faixa etária, especificada na tabela abaixo.

O valor mensal a ser pago será igual à soma dos valores da assistência médica, referente a cada beneficiário inscrito.

Os valores referentes a coparticipação **não** estão incluídos nos preços abaixo:

Faixa Etária	Valores de Mensalidades de Produto Assistencial			
	Enfermaria		Apartamento	
	Preço Unitário R\$	Variação %	Preço Unitário R\$	Variação %
00 a 18 anos	118,33		159,75	
19 a 23 anos	142,00	20,00	191,70	20,00
24 a 28 anos	176,07	23,99	237,69	23,99
29 a 33 anos	218,33	24,00	294,73	24,00
34 a 38 anos	244,52	12,00	330,11	12,00
39 a 43 anos	254,31	04,00	343,32	04,00
44 a 48 anos	320,43	26,00	432,58	26,00
49 a 53 anos	365,28	14,00	493,14	14,00
54 a 58 anos	434,69	19,00	586,84	19,00
59 anos ou mais	708,54	63,00	956,55	63,00

Taxa de Inscrição: Será cobrada a taxa uma única vez por beneficiário inscrito, independente da época da inscrição no valor de R\$ 12,80 (doze Reais e oitenta centavos)

6 - COPARTICIPAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

1) Eventuais valores de coparticipações serão cobrados juntamente com o boleto, quando houver a realização de procedimentos. A coparticipação poderá ser cobrada em mês diferente do que foi realizado o procedimento.

2) Reajuste - Os valores das mensalidades e coparticipações serão reajustados, na data do aniversário do contrato, conforme índice apurado para o contrato, no caso deste contrato, IGP-M.

A classificação de um procedimento/exame em simples ou especial pode ser consultada no site da Unimed-BH - www.unimedbh.com.br.

Coparticipação ENFERMARIA e APARTAMENTO - Valores Fixos			
Procedimentos	Rede R\$		
	Consultas Médicas em Consultório	R\$ 42,90	
Consulta em Pronto Atendimento	R\$ 53,60		
Internação Enfermaria	R\$ 126,00		
Internação Apartamento	R\$ 253,00		
Coparticipação ENFERMARIA e APARTAMENTO - Valores e % Aplicados			
Procedimentos	Rede		
	R\$	%	
Exames e Terapias Diferenciadas	R\$ 120,00	50,00	
Exames e Terapias Reduzidas	R\$ 40,00	50,00	
Procedimentos Diferenciados	R\$ 120,00	50,00	
Procedimentos Reduzidos	R\$ 40,00	50,00	
Valores dos Serviços Opcionais			
Serviço	Prestador	Cobertura	Preço Unitário
Aero	Uniminas	Transporte Aeromédico	R\$ 3,20

CARACTERÍSTICA DO PRODUTO / COBERTURA

PRODUTO 02	Plano			Acomodação	Registro	
	Plano: UNIPART FLEX - CO-PARTICIPATIVO - Contratação: COLETIVO ADESAO COBRANÇA FATURADA Abrangência: REGIONAL B - GRUPO DE MUNICÍPIOS - Rede: REDE AMPLA - Cobertura: AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRICIA				APARTAMENTO	459576099
	Plano: UNIPART FLEX - CO-PARTICIPATIVO - Contratação: COLETIVO ADESAO Abrangência: REGIONAL B - GRUPO DE MUNICÍPIOS - Rede: REDE AMPLA - Cobertura: AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRICIA, e exames complementares				ENFERMARIA	459619096
PRODUTOS E SERVIÇO OPCIONAIS						
Tipo		Prestador		Cobertura	Registro	
Aero		Uniminas		Transporte Aeromédico	-	

Coparticipação Hospital Dia: O valor será o correspondente ao de internação enfermaria, independentemente da acomodação contratada, conforme tabela de coparticipação do produto. Valor: R\$126,00

Coparticipação Psiquiátrica:

A) Internação para tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, isento de coparticipação pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, por ano de contrato, não acumulativos. B) A internação citada na alínea "a" anterior fica sujeita a coparticipação financeira do proponente/representante fixada em 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia.

PRODUTO 03 - UNIFÁCIL FLEX COPARTICIPATIVO - 44888

5 - PREÇOS POR FAIXA ETÁRIA

O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do beneficiário. Quando ocorrer a mudança de faixa etária do beneficiário, será aplicado reajuste conforme a variação percentual da faixa etária, especificada na tabela abaixo.

O valor mensal a ser pago será igual à soma dos valores da assistência médica, referente a cada beneficiário inscrito.

Os valores referentes a coparticipação **não** estão incluídos nos preços abaixo:

Faixa Etária	Valores de Mensalidades de Produto Assistencial		
Idade	Enfermaria		
	Preço Unitário R\$	Variação %	
00 a 18 anos	82,59		
19 a 23 anos	99,11	20,00	
24 a 28 anos	122,90	24,00	
29 a 33 anos	152,40	24,00	
34 a 38 anos	170,68	11,99	
39 a 43 anos	177,52	04,01	
44 a 48 anos	223,67	26,00	
49 a 53 anos	254,98	14,00	
54 a 58 anos	303,43	19,00	
59 anos ou mais	494,58	63,00	

Taxa de Inscrição: Será cobrada a taxa uma única vez por beneficiário inscrito, independente da época da inscrição no valor de R\$ 12,80 (doze Reais e oitenta centavos)

6 - COPARTICIPAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

1) Eventuais valores de coparticipações serão cobrados juntamente com o boleto, quando houver a realização de procedimentos. A coparticipação poderá ser cobrada em mês diferente do que foi realizado o procedimento.

2) Reajuste - Os valores das mensalidades e coparticipações serão reajustados, na data do aniversário do contrato, conforme índice apurado para o contrato, no caso deste contrato, IGP-M.

A classificação de um procedimento/exame em simples ou especial pode ser consultada no site da Unimed-BH - www.unimedbh.com.br.

Coparticipação ENFERMARIA Valores Fixos		
Procedimentos	Rede	Fora da Rede
	R\$	
Consultas Médicas em Consultório	42,90	
Consulta em Pronto Atendimento	50,60	53,60
Internação Enfermaria	103,00	126,00

Coparticipação ENFERMARIA - Valores e % Aplicados		
Procedimentos	Rede	Fora da Rede
	R\$	%
Exames e Terapias Diferenciadas	120,00	50,00
Exames e Terapias Reduzidas	40,00	50,00
Procedimentos Diferenciados	120,00	50,00
Procedimentos Reduzidos	40,00	50,00

Valores dos Serviços Opcionais			
Serviço	Prestador	Cobertura	Preço Unitário
Aero	Uniminas	Transporte Aeromédico	R\$ 3,20

CARACTERÍSTICA DO PRODUTO / COBERTURA

PRODUTO 03	Plano		
	Plano: UNIFÁCIL FLEX - CO-PARTICIPATIVO - Contratação: COLETIVO ADESAO COBRANÇA FATURADA Abrangência: REGIONAL B - GRUPO DE MUNICÍPIOS - Rede: REDE UNIFÁCIL - Cobertura: AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRICIA, e exames complementares		Acomodação
			Registro
			459579093
PRODUTOS E SERVIÇO OPCIONAIS			
Tipo		Prestador	Cobertura
Aero		Uniminas	Transporte Aeromédico
			Registro
			-

Coparticipação Hospital Dia: O valor será o correspondente ao de internação enfermaria, independentemente da acomodação contratada, conforme tabela de coparticipação do produto. Valor: **REDE: R\$103,00 - FORA DA REDE: R\$126,00**

Coparticipação Psiquiátrica:

A) Internação para tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, isento de coparticipação pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, por ano de contrato, não acumulativos. B) A internação citada na alínea "a" anterior fica sujeita a coparticipação financeira do proponente/representante fixada em 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia.

ESCOLHA SEU PLANO ENTRE OS TRÊS OFERTADOS - E OPCIONAL - CONFORME DESCRITOS ABAIXO, ASSINALANDO NA CÉLULA À ESQUERDA DE CADA DEFINIÇÃO A(S) SUA(S) OPÇÃO(OPÇÕES) - POR FAVOR, NÃO RASURE

Após escolher o tipo do seu plano entre os três disponíveis, defina a acomodação por “apartamento” ou “enfermaria”, exceto no tipo **UNIFÁCIL FLEX COPARTICIPATIVO REGIONAL B** (terceiro relacionado), cuja oferta é única para **enfermaria**.

Você pode, opcionalmente, contratar o serviço de transporte aéreo disponível em qualquer tipo de plano.

Código da proposta de admissão: 44890

UNIPART FLEX COPARTICIPATIVO ESTADUAL

APARTAMENTO

ENFERMARIA

COM OPCIONAL AEROMÉDICO

Código da proposta de admissão: 44889

UNIPART FLEX COPARTICIPATIVO REGIONAL B

APARTAMENTO

ENFERMARIA

COM OPCIONAL AEROMÉDICO

Código da proposta de admissão: 44888

UNIFÁCIL FLEX COPARTICIPATIVO REGIONAL B

SOMENTE

ENFERMARIA

COM OPCIONAL AEROMÉDICO

Assinatura do Associado(a)/proponente/adesista

INFORMAÇÕES COMUNS A TODOS OS PLANOS

7 - CARÊNCIAS

A partir da data de início de vigência do contrato, serão contadas as seguintes carências:

A contagem do prazo de carência, para cada beneficiário, se dará a partir do seu ingresso. Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato com a pessoa jurídica contratante. A cada aniversário do contrato é permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: a) o beneficiário tenha se vinculado, a pessoa jurídica que contratou o plano, após o transcurso do prazo de 30 dias da celebração do contrato; b) a proposta de adesão ao plano seja formalizada até 30 dias da data de aniversário do contrato.	a) 24 horas para urgência/emergência nos termos da lei; b) 30 dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia; c) 120 dias para cirurgias ambulatoriais; d) 180 dias para exames especiais de diagnóstico e terapia; e) 180 dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia; f) 180 dias para demais procedimentos, inclusive consultas e sessões com outros profissionais da saúde; g) 180 dias para internações; demais cirurgias e procedimentos. h) 300 (trezentos) dias para partos a termo. A classificação de um procedimento/exame em simples ou especial pode ser consultada no site da Unimed-BH - www.unimedbh.com.br
--	---

8 - REEMBOLSO

A UNIMED assegurará o reembolso, no limite das obrigações do Contrato, das despesas efetuadas pelos Beneficiários com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, **quando não for possível a utilização dos serviços da Rede credenciada de acordo com abrangência geográfica e atuação do plano.** O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Unimed prestadora do atendimento (que não será inferior ao valor praticado pela Unimed junto à rede de prestadores do respectivo plano), vigente à data do evento.

DEMAIS INFORMAÇÕES SOBRE O PLANO DE SAÚDE

A REDE CREDENCIADA encontra-se divulgada no Guia Médico e no seu Portal Corporativo em www.unimedbh.com.br e por meio da Central de Atendimento - telefone: 0800 030 30 03 que atende 24 horas, durante sete dias por semana.

REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR: Para solicitação do serviço de remoção inter-hospitalar (transferência entre hospitais) tenho ciência que devo entrar em contato por meio do telefone: 0800 030 30 03

Na hipótese de não haver o contato prévio com a Unimed-BH, eventual remoção contratada de **forma particular NÃO SERÁ REEMBOLSADA.**

GARANTIA DE ACESSO A COBERTURA ASSISTENCIAL: Nos termos da RN 259/2011 que dispõe sobre os prazos de atendimento nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestadores da rede da operadora na área de abrangência geográfica e de atuação do plano ou dificuldade de agendamento de procedimentos O BENEFICIÁRIO OBRIGATORIAMENTE DEVO ENTRAR EM CONTATO COM A UNIMED-BH para que esta ofereça as soluções para garantia do atendimento em prestador apto.

Na hipótese de não haver o contato prévio com a Unimed-BH, tenho ciência que eventual **realização de procedimentos de forma particular NÃO SERÁ REEMBOLSADO.**

CONTATO COM A OUVIDORIA DA UNIMED: Para contato com a OUVIDORIA

Pelo site: www.unimedbh.com.br

Pessoalmente ou por carta: endereço Avenida Francisco Sales 1483 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG

ATESTES/TERMO DE CONHECIMENTO/CONCORDÂNCIA

Na qualidade de beneficiário do plano de saúde da Unimed-BH por meio da Associação dos Economistas Aposentados de Minas Gerais - AEAMG, devidamente qualificado neste instrumento, estou ciente, tenho conhecimento e concordo que:

- 1) A rede de atendimento do meu plano de saúde é àquela indicada pela Unimed e constante no Guia Médico e divulgada no seu Portal Corporativo em www.unimedbh.com.br.
- 2) As notificações da Unimed serão enviadas no endereço informado neste instrumento, das quais devo manter atualizado o endereço de contato;
- 3) Autorizo e reconheço como válidas notificações recebidas por meios eletrônicos e-mail, aplicativo de mensagem Whatsapp ou similares, mensagem eletrônica, dentre outros, da UNIMEDBH e/ou da AEAMG;
- 4) Cumprirei os prazos de carências previstos a partir da minha adesão ao plano;
- 5) A cobertura que tenho direito é aquela prevista no rol de procedimentos da ANS e suas diretrizes de utilizações;
- 6) Na omissão de doença ou lesão preexistente, a Unimed poderá me excluir do plano de saúde por prática de fraude nos termos da regulamentação vigente;
- 7) No caso de perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de perda do vínculo de dependência, nos termos previstos no contrato, o beneficiário será excluído do contrato, destacando-se que a exclusão do titular implicará na exclusão dos respectivos dependentes.
- 8) O não cumprimento das minhas obrigações financeiras junto à AEAMG (mensalidade e coparticipação) pela adesão e beneficiário do Plano de Saúde da minha opção, extensivo aos meus dependentes inscritos, implica, após o 30º (trigésimo) dia de atraso, o cancelamento do meu vínculo no plano de saúde, com o consequente cancelamento do meu Cartão de Identificação como usuário do plano e dos meus dependentes, sem qualquer prejuízo de ações de cobrança da dívida, administrativa e/ou judicialmente, a qualquer tempo, pela AEAMG.
- 9) A mensalidade devida por mim à AEAMG pelo plano escolhido, abrangendo os valores por dependente(s) inscrito(s), é satisfeita de forma antecipada a cada mês, com a primeira sendo quitada no ato da minha inscrição e as demais em data permanente a ser informada pela AEAMG após os registros devidos no sistema de gestão do contrato.
- 10) Os valores de minha responsabilidade exigidos por consequência de Coparticipação deverão ser quitados integralmente até a data de vencimento indicada no documento para sua quitação.
- 11) No ato da minha adesão, reconheço o compromisso de integralizar à vista ou em até 06 (seis) parcelas, como garantia/caução, por pagamento à AEAMG e contra recibo específico, o valor correspondente a uma mensalidade de minha responsabilidade, extensiva ao valor pertinente aos dependentes a mim vinculados, mantendo o valor da garantia/caução sempre atualizado pelo valor da mensalidade devida, sendo que no ajuste do valor, anualmente, após aplicado o índice de correção do valor da mensalidade conforme regras contratuais. Sobre o valor a ser mantido em garantia/caução, incidirão juros e atualização monetária no mínimo igual aos devidos às Cadernetas de Poupança.
- 12) Reconheço que a não exigência da caução/garantia no ato da assinatura deste Termo de Opção, se dá por mera liberalidade da Diretoria Executiva da AEAMG e é por tempo indeterminado, podendo ser exigida a qualquer tempo durante a minha relação adesista e contratual com o plano de saúde, a Operadora UNIMEDBH e a AEAMG, e se exigida, deverá ser integralizada nas mesmas condições descritas no item 11 acima, até 30 (trinta) dias após meu conhecimento, que poderá ser comunicado a mim por qualquer dos meios citados no item 3 deste quadro.

9 - ASSINATURA

Autorizo à AEAMG efetuar o registro do meu compromisso financeiro junto à Fundação dos Economiários Federais - FUNCEF, para débito em folha de proventos e repasse à Associação pelas mensalidades do plano de saúde que escolhi, os valores devidos por coparticipação, os planos opcionais Aeromédico e Odontológico se contratados e valor da taxa de inscrição, extensivo à responsabilidade pelos meus dependentes inscritos.

O não desconto em folha de pagamento do valor mensal devido, independentemente do motivo, não isenta o Associado do pagamento do seu compromisso financeiro junto à AEAMG, que deverá ser efetivado em até 48 horas após identificado o não desconto em folha de proventos e comunicação feita pela Associação pelo fato, que deverá ser efetivado por meio de boleto, ou depósito em conta da Associação, ou por transferência bancária ou PIX

Declaro ter recebido da AEAMG, por meio de envio eletrônico em meu endereço de e-mail informado no campo 3 deste Termo de Adesão, cópia do contrato, oferecimento do plano Referência, Manual de Contratação do Plano, Guia de Leitura Contratual, Declaração de Saúde, Carta de orientação ao beneficiário (INFORME AEAMG 020/2021) e tabela Unimed, ou, declaro que tive acesso aos mesmos documentos por meio de identificação deles no site da AEAMG (www.aeaminas.com.br).

Da mesma forma que identifico todos eles no sítio da Associação na Internet, endereço www.aeaminas.com.br, na “Área do Associado” para executar “download” de cada um.

Este termo de adesão tem 07 (sete) páginas, que deverão ser rubricadas entre a de nº 1 e 6, e assinada na 7ª.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do associado da AEAMG: _____