



**SINDICATO DOS POLICIAIS CIVIS
DO ESTADO DE SÃO PAULO DA REGIÃO DE SANTOS**

Rua. Oswaldo Cruz, 167 - Tel.3302-3583 - Santos - SP - CEP. 11045-101

www.sinpolsan.com.br sinpolsan@uol.com.br



TERMO DE ADESÃO

MATRICULA _____

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____ NASCIMENTO ___/___/___

PROFISSÃO: _____ CARGO: _____

SEXO: () MASCULINO () FEMININO ESTADO CIVIL: _____

NOME DA MÃE DO TITULAR: _____

ENDEREÇO: _____ N° _____ COMPL _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL: _____ CEL: _____

EMAIL: _____

PLANO DE SAÚDE: _____ () OSAN () ODONTO () OUTROS

DEPENDENTES

NOME: _____

CPF: _____ PARENTESCO _____ NASCIMENTO ___/___/___

NOME DA MÃE: _____

PLANO DE SAÚDE: _____ () OSAN () ODONTO () OUTROS

NOME: _____

CPF: _____ PARENTESCO _____ NASCIMENTO ___/___/___

NOME DA MÃE: _____

PLANO DE SAÚDE: _____ () OSAN () ODONTO () OUTROS

NOME: _____

CPF: _____ PARENTESCO _____ NASCIMENTO ___/___/___

NOME DA MÃE: _____

PLANO DE SAÚDE: _____ () OSAN () ODONTO () OUTROS

NOME: _____

CPF: _____ PARENTESCO _____ NASCIMENTO ___/___/___

NOME DA MÃE: _____

PLANO DE SAÚDE: _____ () OSAN () ODONTO () OUTROS

___/___/___

ASSINATURA DO ASSOCIADO TITULAR



SINDICATO DOS POLICIAIS CIVIS DO ESTADO DE SÃO PAULO DA REGIÃO DE SANTOS

Rua. Oswaldo Cruz, 167 – Tel.3302-3583 – Santos – SP – CEP. 11045-101

www.sinpolsan.com.br sinpolsan@uol.com.br

1. Estar regulamente filiado ao Sindicato da polícia civil do Estado de São Paulo na região de Santos, responsabilizando-me totalmente pelas informações prestadas;
2. Que esta proposta é voluntária e facultativa. Reconheço que optei por livre e espontânea vontade em pretender minha adesão, de meus dependentes, ao benefício;
3. Ter conhecimento de que o presente instrumento refere-se aos Plano de Saúde Coletivo por Adesão, objetos dos contratos/convênio celebrados com o SINPOLSAN, ciente ainda, das condições gerais, prazos de carência e procedimentos não cobertos pelos Planos;
4. Estar de acordo com as condições gerais do contrato entre a SINPOLSAN e as referidas operadoras, e que retirarei o resumo das condições gerais, o cartão de identificação na sede da SINPOLSAN no primeiro dia do mês subsequente à data de minha adesão;
5. Ter conhecimento de que minha elegibilidade e a de meus dependentes estão condicionadas ao meu vínculo à SINPOLSAN;
6. Ter ciência de que a minha aceitação e a de meus dependentes ao benefício será analisada pela SINPOLSAN e qualquer eventual recusa será a mim apresentada em até 15 (quinze) dias a contar do ato de subscrição desta proposta. Em caso de não aceitação, a taxa de cadastro será a mim devolvida.
7. Que para integrar estes benefícios, efetuo a quitação da taxa de inscrição no ato de assinatura desta proposta de adesão, tendo ciência de que este pagamento não corresponde à minha primeira mensalidade ocorrerá na forma de pré-pagamento, conforme a data de vigência (início do benefício) constante nesta proposta.
8. Ter ciência que visando cobrir gastos com administração dos benefícios, a SINPOLSAN cobrará mensalidade uma taxa de 15% do valor da mensalidade dos benefícios ora firmados (0 percentual já esta acrescido no valor do plano);
9. Autorizar que as mensalidades sejam cobradas por débito automático na conta corrente bancária, indicada no recibo da proposta de adesão, ou por boleto bancário, acrescida da tarifa de cobranças, ou ainda por desconto folha de pagamento. E ter ciência de que devo quitar as mensalidades até a data de seu vencimento, sob pena de arcar, em razão do atraso no pagamento, com multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da mensalidade, e mais mora compensatória de 1% (um por cento) ao mês;
10. Ter ciência de que a falta de pagamento da mensalidade, até a data de seu vencimento, acarretará na suspensão dos serviços contratados; O restabelecimento ocorrerá após 03 (três) dias úteis do pagamento da mensalidade em aberto, mediante efetiva compensação bancária quando se tratar de pagamento por cheque, desde que a inadimplência não seja superior a 30 (trinta) dias, contados do primeiro dia da vigência a qual se refere à mensalidade inadimplida. Decorrido este prazo o benefício será automaticamente cancelado, além das cobrança dos débitos não quitados;
11. Que em caso de cancelamento por falta de pagamento ou por minha própria solicitação, devolverei os cartões de identificação do benefício;
12. Assunto todas responsabilidades civis, criminais e financeiras por qualquer utilização indevida dos benefícios, incluindo a utilização por terceiro, com ou sem o meu conhecimento. Neste caso, meus direitos e dos meus dependentes cessarão no último dia do mês de vigência pago, sendo que fico obrigado a arcar com as eventuais custas devidas, a qualquer título, à utilização do presente benefício após o seu cancelamento, que me serão cobradas e consideradas dívida líquida e certa.
13. Ter conhecimento de que havendo cancelamento da minha adesão ao benefício, somente poderei postular nova adesão após o preenchimento de todos os requisitos: aceitação pela SINPOLSAN, quitação dos débitos anteriores e cumprimento de novas carências, independentemente do período anterior que pertencemos, eu e meus dependentes, aos benefícios;
14. Ter a obrigação de comunicar formalmente por escrito, toda e qualquer alteração em minha ficha cadastral, incluindo-se mas não se limitando a meus dados de contato, forma de pagamento dos benefícios, inclusão ou exclusão de dependentes, sendo que para os efeitos dessa alterações somente ocorrerão para a próxima vigência conforme período informado, caso contrário, vigorará na vigência sub sequente;
15. Que para os devidos fins e efeitos, as informações e declarações ora prestadas são absolutamente verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o artigo 766 do código civil brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente a presente proposta de adesão, estando a SINPOLSAN e operadoras autorizadas a requisitar qualquer documentação para sua confirmação;
16. Ter ciência que as mensalidades terão reajuste nas seguintes condições anualmente no mês de aniversário do contrato firmado entre a SINPOLSAN e as operadoras em tela, independentemente da data de assinatura desta proposta, por mudança de faixa etária, e em outras hipótese previstas na legislação vigente;
17. Que a rescisão só poderá ocorrer sem motivação após 12 (doze) meses de vigência e mediante prévia notificação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Conforme a RN N°. 195 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente termo de adesão, as partes elegem o foro da comarca de Santos, com renúncia de qualquer outro mais privilegiado que seja.

Por estarem assim justos e contratados, as partes firmam o presente instrumento, que o associado leu, entendeu e assina, duas vias de igual teor, ficando ciente e de acordo com todos os termos, declarando que nesta data recebeu uma via do mesmo.

DADOS DE COBRANÇA

Responsável financeiro/nome completo do responsável financeiro

() Titular () Outro/ _____ CPF. _____

Nome do Banco _____ Agência _____ C/C _____

A forma de pagamentos referente ao plano de assistência a saúde será debitado em conta corrente no dia _____ do mês de cobertura do benefício

Local e Data

Santos _____ de _____

Assinatura do responsável Financeiro

SINPOLSAN

ASSOCIADO