

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



V. 2024.07.1

	Entidade	FUNDIÁGUA - Fundação de Previdência Complementar	Lotação		Matr. Funcional		
	Alteração Cadastral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Inclusão	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	Movimentação de Plano Informar opção no item 3	Aniv. do Contrato	AGOSTO
					<input type="checkbox"/> Upgrade <input type="checkbox"/> Downgrade	Início da Cobertura	01 de _____ de 20____

01/07

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo						
Data de nascimento	RG	Órgão expedidor	Data de Emissão	CPF		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	DNV ¹	CNS ²	
Pis/Pasep	Matrícula Funcional	E-mail				
Endereço Residencial						
Cidade	UF	CEP	Tel residencial	Tel celular		
Nome da mãe do proponente titular						

2. DEPENDENTES

1	Nome Completo						Data de Nas.		
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
	CPF	DNV ¹	CNS ²	Nome da mãe					
2	Nome Completo						Data de Nas.		
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
	CPF	DNV ¹	CNS ²	Nome da mãe					
3	Nome Completo						Data de Nas.		
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
	CPF	DNV ¹	CNS ²	Nome da mãe					
4	Nome Completo						Data de Nas.		
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
	CPF	DNV ¹	CNS ²	Nome da mãe					
5	Nome Completo						Data de Nas.		
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
	CPF	DNV ¹	CNS ²	Nome da mãe					

¹DNV é a Declaração de Nascido Vivo (Certidão de Nascimento) - Informação obrigatória para nascidos a partir de jan/2010. ²CNS é a Carteira Nacional de Saúde. Estas são exigências da ANS através da RN nº 250/11
Parentesco: 1- Cônjuge/Companheiro(a) 2- Filho(a) Sexo: M- Masculino | F- Feminino Estado civil: 1- Solteiro | 2- Casado | 3- Viúvo | 4- Divorciado | 5- Separado Judicialmente | 6- Outros

Os dados informados serão preservados pela AllCare, sendo utilizados para os fins de execução desta Proposta, bem como para apoio administrativo ao Proponente nas questões relativas ao plano de saúde, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Ao solicitar a inclusão de um menor de 18 (dezoito) anos como dependente, o Proponente titular (responsável legal pelo menor) autoriza o tratamento dos dados pessoais do menor pela AllCare e pela Operadora/Seguradora, especificamente para a inclusão do menor como dependente no seguro/plano de saúde e/ou odontológico objeto desta Proposta, e autoriza o compartilhamento dos dados pessoais do menor com fornecedores e prestadores de serviços da Operadora/Seguradora e da Administradora de Benefícios, necessários para o fornecimento dos serviços de assistência à saúde e/ou odontológico, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Local e Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

3. PRODUTOS

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

	Produto	Acomodação	Abrangência	Código ANS
COM COPARTICIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> Amil S450 FA QC Nac R Copart PJA	Enfermaria	Nacional	499.486/24-8
	<input type="checkbox"/> Amil S450 FA QP Nac R Copart PJA	Apartamento	Nacional	499.485/24-0
	<input type="checkbox"/> Amil S580 FA QP Nac R Copart PJA	Apartamento	Nacional	499.484/24-1
	<input type="checkbox"/> Amil S750 FA QP Nac R Copart PJA	Apartamento	Nacional	499.487/24-6

Pelo presente, declaro expressamente que:

- Ao Preencher e assinar este Formulário de Adesão / Movimentação, fui devidamente orientado sobre meus direitos e obrigações inerentes ao Plano de Assistência Médica, em meu benefício e dos meus dependentes elegíveis.
- Estou ciente e de acordo que meus dependentes sempre participarão do mesmo Plano onde eu estiver inscrito.
- Tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carência estabelecidos no momento da contratação. Não tenho nenhuma dúvida quanto a sua aplicação.
- Tenho conhecimento da existência do Plano Referência, instituído pela Lei 9.656/98, e que este foi me oferecido, sendo minha opção a não contratação.
- O presente Formulário de Adesão / Movimentação é parte integrante do Contrato Coletivo por Adesão, a qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito por mim sem quaisquer restrições ao seu conteúdo.
- Tenho ciência que em caso de exclusão do beneficiário titular e/ou dependente ou rescisão contratual devolvarei imediatamente o(s) cartão(ões) de identificação do(s) beneficiário(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do plano de saúde, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.
- Estou ciente e de acordo que a AllCare realizará o tratamento dos meus dados pessoais e de eventuais dependentes de acordo com a legislação brasileira aplicável, especialmente no que se refere ao tratamento de dados de menores, sempre com respaldo em uma base legal válida, legítima e adequada ao tratamento e para uma finalidade específica, e nas hipóteses em que o consentimento for necessário, este será devidamente coletado.
- Tenho ciência que a AllCare disponibiliza em seu website www.allcare.com.br as Políticas de Privacidade com referências claras e destacadas a respeito do tratamento, finalidades de uso e compartilhamento dos dados pessoais, inclusive informações de como os direitos podem ser exercidos, e declaro estar de acordo com seus termos, mantendo o compromisso de acessar periodicamente as Políticas de Privacidade para me manter atualizado acerca dos tratamentos de dados pessoais realizados pela AllCare.
- Tenho ciência que a AllCare disponibiliza um canal direto de comunicação de comunicação para que os titulares dos dados exerçam seus direitos de forma facilitada e gratuita, conforme previsto no item 7. COMO FALAR SOBRE DADOS PESSOAIS COM A ALLCARE? da Política de Privacidade da AllCare, disponibilizada no website www.allcare.com.br.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

COBRANÇA

Desconto em folha de pagamento

Autorizo o desconto em folha de pagamento a ser feito pela **FUNDIÁGUA** referente à minha mensalidade do plano de saúde, ora contratado, e de meus dependentes, ciente que a falta de pagamento poderá ocasionar a suspensão e/ou cancelamento da prestação dos serviços de assistência médica.

Estou ciente e concordo que, por meio deste documento, ao aderir ao plano de saúde, concordo com a forma de comunicação digital, tornando eficaz e válida toda comunicação realizada pela AllCare aos seus beneficiários, por meios eletrônicos habituais de envio, como, por exemplo, o e-mail, o WhatsApp, SMS, e/ou outro que passe a ser utilizado de maneira comum. Mantenho o compromisso de sempre atualizar meus dados informados, e de acessar meus meios de comunicação digital com frequência.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

Prezado(a) beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das Operadoras de planos privados de assistência à saúde e tem como missão defender o interesse público, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da Declaração de Saúde.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde onde o beneficiário, ou seu representante legal, deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela Operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, deve declarar essa doença ou lesão.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO

A Operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A Operadora deverá oferecer: Cobertura Total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à saúde para que se possa utilizar toda a cobertura contratada após os prazos de carência contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.*), **exclusivamente** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para essa doença ou lesão.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO

A Operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a Operadora poderá **rescindir** o contrato por **fraude** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a Operadora oferecer redução ou isenção de carência, não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária (CPT) **não** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

*Para consultar a lista completa de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil “Beneficiário”. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil “Beneficiário”.

Beneficiário (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Declaração de Saúde

1. No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela **operadora** ou por um profissional de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. **2.** A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes como sendo aquelas que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura desta **Proposta Contratual**, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é-lhe oferecida, pela **operadora**, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença e/ou à lesão declarada(s) por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. **4.** Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a **operadora** apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou a lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do benefício nem do atendimento. **5.** A omissão de informação sobre a existência de doença e/ou lesão preexistente que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta Declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato.

Nesse caso, V.Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou da lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Quadro I – Declaração de Saúde

Preenchimento pelo PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S), respondendo S para as respostas afirmativas e N para as respostas negativas.		Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE:							
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).						
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).						
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).						
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).						
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).						
6	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras).						
7	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).						
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).						
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.						

 Rubrica do proponente titular ou responsável
 (quando menor de 18 anos)

Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido “S” ou qualquer outra doença que não se **encontre listada no Quadro I**, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Dependentes	Data do Evento	Esclarecimentos

07/07

Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)						
Altura (m)						

Quadro IV – Entrevista Qualificada

A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.

- 1** Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- 2** Declaro que fui orientado por médico particular credenciado da **operadora** no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 3** Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança e/ou médico da **administradora** de benefícios no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da **Operadora** informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como de moléstias que tenhamos, porventura, sofrido, e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Local e data

Assinatura do proponente titular

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA ASSISTENCIAL DA FUNDIÁGUA

A **FUNDIÁGUA - FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR** (“**FUNDIÁGUA**”), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com sede no SCN Quadra 04 Bloco B, Centro Empresarial Varig, 11º andar, Sala 1104-B — Brasília-DF, inscrita no CNPJ sob o nº 73.983.876/0001-79, e o(a) Proponente, identificado(a) como (“**TITULAR**”), celebram o presente TERMO DE ADESÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1. Por meio deste instrumento, o(a) TITULAR adere ao Programa de Assistência à Saúde administrado pela FUNDIÁGUA (“Programa Assistencial”) e declara ter ciência do Regulamento do Programa Assistencial que está disponível no *site* da FUNDIÁGUA (www.fundiagua.com.br).

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO(A) TITULAR

- 2.1. Considera-se TITULAR elegível ao Programa Assistencial, o(a) Participante ou Assistido(a) que estiver inscrito em algum dos planos de benefícios previdenciários administrados pela FUNDIÁGUA.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DEPENDENTES

- 3.1. O TITULAR poderá inscrever no Programa Assistencial na condição de Dependente:
 - a) cônjuge ou companheiro(a), comprovado por certidão de casamento ou de união estável;
 - b) filhos(as), enteados(as) e tutelados(as) até 38 (trinta e oito) anos e 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.
- 3.2. O Tutor nomeado deverá comprovar sua condição mediante documentação específica.
- 3.3. Os Dependentes, obrigatoriamente, serão inscritos nos mesmos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica escolhidos pelo(a) TITULAR.
- 3.4. A inclusão de cônjuge ou filhos do(a) TITULAR, em decorrência do casamento, união estável ou nascimento, ocorrida na vigência deste Termo, deverá ser feita em até 30 (trinta) dias corridos a contar a data do evento, sob pena de cumprimento das carências previstas no Contrato firmado entre a FUNDIÁGUA e a Operadora ou Seguradora de plano de saúde e odontológico.
- 3.5. As inclusões ou exclusões de Dependentes obedecerão às condições expostas no Contrato entre a FUNDIÁGUA e a Operadora ou Seguradora de plano de saúde e odontológico, bem como às disposições legais.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA PARTICIPAÇÃO PATRONAL

- 4.1. A contribuição mensal patronal ao Plano de Saúde do(a) TITULAR e de seus Dependentes, será nas condições estabelecidas pelo(a) Patrocinador(a) a que estiver vinculado(a).
- 4.2. Para o recebimento da contribuição patronal, relativa aos dependentes (filhos, enteados e tutelados), que estiverem entre 21 anos e 23 anos e 11 meses, o(a) TITULAR deverá:
- Comprovar a idade do dependente até 2 (dois) meses antes da data em que completar 21 anos; e
 - Apresentar à FUNDIÁGUA, semestralmente, a comprovação de matrícula ou declaração emitidas por estabelecimento de ensino superior reconhecida pelo MEC.
- 4.3. O(A) TITULAR declara ciência e concordância de que, caso não entregue as comprovações, em tempo hábil de movimentação cadastral, o(a) Patrocinador(a) deixará de contribuir compulsoriamente com o auxílio correspondente ao(s) respectivo(s) dependente(s) legal(is), sendo responsabilidade do(a) TITULAR assumir os valores integrais gerados nos períodos correspondentes.
- 4.4. O dependente que não atender às condições desta Cláusula terá sua situação cadastral alterada para Dependente Sem Patronal, sendo cobrado a mensalidade no valor integral da tabela de Dependente, não sendo possível realizar qualquer tipo de estorno de valores, referente à mensalidade cobrada na nova condição, ou o pagamento retroativo, relativo ao período não comprovado das condições previstas no item 4.2.
- 4.5. A partir dos 22 anos, o(s) Dependente(s) do(a) TITULAR que não apresentar(em) a documentação prevista no item 4.2, perderá(ão) direito à contribuição do(a)(s) patrocinador(a)(s) para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar.
- 4.6. O(A) TITULAR é responsável pelo custeio integral do Plano Odontológico dos seus Dependentes, não havendo previsão de contribuição pelo(a) patrocinador(a) a que estiver vinculado(a).
- 4.7. Os Assistidos e seus Dependentes não terão direito à contribuição do(a)(s) patrocinador(a)(s) para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológico.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS CARÊNCIAS

- 5.1. O(A) TITULAR, o(s) Dependente(s) deverá(ão) cumprir as carências em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no contrato da Operadora ou Seguradora do Plano de Saúde contratado pela FUNDIÁGUA.

5.2. As condições e critérios da Cobertura Parcial Temporária (CPT) estão previstos no contrato da Operadora ou Seguradora do Plano de Saúde contratado pela FUNDIÁGUA.

6. CLÁUSULA SEXTA – DA COPARTICIPAÇÃO

6.1. O(A) TITULAR será responsável pelos pagamentos dos valores da Coparticipação, cujos critérios serão definidos no ato da contratação da Operadora ou Seguradora de Saúde pela FUNDIÁGUA, cujas regras estão de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DOS PAGAMENTOS

7.1. Os pagamentos da mensalidade para custeio do Plano de Saúde e Odontológico e da Coparticipação serão efetivados por desconto em folha de pagamento ou na folha de benefícios do(a) TITULAR no mês corrente.

7.2. O(A) TITULAR autoriza a FUNDIÁGUA a adotar as providências, objetivando o desconto em folha, junto ao(à) respectivo(a) Patrocinador(a).

7.3. Quando, por qualquer motivo, não for possível efetivar o desconto na folha de pagamento do Participante ou no benefício do Participante Assistido, será adotada a cobrança bancária por meio de boleto (COB) ou outro meio adotado pela FUNDIÁGUA.

7.4. Além do custeio do Plano de Saúde e da Coparticipação, poderá ser cobrado do(a) TITULAR e seus Dependentes, contribuições extraordinárias e/ou especiais, taxas administrativas, PIS e COFINS, incidentes sobre o valor total da respectiva mensalidade do Plano de Saúde e/ou Odontológico.

7.5. Os pagamentos serão feitos pelo(a) TITULAR de acordo com as regras do Programa Assistencial da FUNDIÁGUA, considerando os reajustes anuais previstos no contrato firmado entre a FUNDIÁGUA e a Operadora ou Seguradora de Plano de Saúde e Odontológico, a mudança de faixa etária e o tipo do Plano escolhido, atendendo às condições apresentadas no presente Termo de Adesão.

7.6. O atraso no pagamento das mensalidades, da coparticipação e das taxas dos Planos de Saúde e Odontológico implicará na incidência de multa, juros e correção monetária, nos termos das normas da FUNDIÁGUA.

7.7. A inadimplência do pagamento da mensalidade e coparticipação dos Planos de Saúde e Odontológico por prazo superior a 60 (sessenta) dias, acarretará ao(à) TITULAR:

- a) O cancelamento da inscrição no Plano de Saúde e/ou Odontológico e consequente perda do direito pelo respectivo Dependente;
- b) negativação em cadastros de inadimplentes; e
- c) cobrança judicial do saldo devedor.

8. CLÁUSULA OITAVA – DO CANCELAMENTO

- 8.1. O cancelamento da inscrição do(a) TITULAR ocorrerá nas seguintes hipóteses:
- a) falecimento;
 - b) perda do vínculo previdenciário com a FUNDIÁGUA;
 - c) por solicitação formal, requerendo seu desligamento do Programa Assistencial ou de seu(s) Dependente(s); e
 - d) inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias.
- 8.2. No Plano de Saúde e Odontológico, o cancelamento da inscrição a pedido do(a) TITULAR poderá ser realizado a qualquer momento conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 8.3. O cancelamento da inscrição do(a) TITULAR implicará no cancelamento automático da inscrição do(s) Dependente(s) a ele vinculado(s).
- 8.4. No ato do cancelamento, o(a) TITULAR deverá entregar à FUNDIÁGUA, em até 5 (cinco) dias, sua carteirinha do convênio e do(s) Dependentes e demais documentações que possibilitem a utilização dos serviços médicos ou odontológicos.
- 8.5. O cancelamento do Plano de Saúde acarretará a perda do direito aos programas de saúde oferecidos pela FUNDIÁGUA.

9. CLÁUSULA NONA – DOS REAJUSTES

- 9.1. O reajuste do valor das mensalidades dos planos de saúde e/ou odontológico contratados pela FUNDIÁGUA em favor do(a) TITULAR e Dependente(s) será realizado, anualmente, no mês de aniversário do Contrato firmado com a Operadora ou Seguradora, respeitados os índices estabelecidos no contrato ou na negociação.
- 9.2. O valor da mensalidade ainda poderá ser atualizado quando ocorrer mudança de faixa etária ou mudança de plano (*Up Grade ou Down Grade* do Plano).
- 9.3. Os valores pagos pelo(a) TITULAR poderão ser afetados pelas condições impostas pelo(a) Patrocinador(a) em decorrência do Acordo de Gestão firmado com a FUNDIÁGUA.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1 O(A) TITULAR reconhece que a responsabilidade pelos atendimentos é exclusiva da Operadora ou Seguradora e dos respectivos prestadores de serviços integrantes da rede, sendo a FUNDIÁGUA subestipulante dos contratos de planos de saúde e odontológico disponibilizados em seu Programa Assistencial.
- 10.2 O(A) TITULAR autoriza a FUNDIÁGUA, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, a:

- a) utilizar imagem e som, compreendendo, mas não se limitando, a imagem física, nome e voz, a título gratuito, abrangendo, inclusive, a licença a terceiros, de forma direta ou indireta, e a inserção em materiais para toda e qualquer finalidade, seja para uso comercial, jornalístico, editorial, didático e outros que existam ou venham a existir no futuro, campanhas internas e externas de publicidade e/ou divulgação, promoções, atividades institucionais, realizadas por meio de rádio, TV, mídias sociais (inclusive grupos de WhatsApp), internet, folders para veiculação/distribuição em território nacional e internacional, se for o caso; e
- b) tratar os dados com as informações estritamente necessárias ao desenvolvimento das atividades de interesse da Entidade, sem limitação quanto à quantidade, tempo e restrição quanto ao meio de veiculação do conteúdo.

10.3 O(A) TITULAR poderá acessar Política de Privacidade e Proteção de Dados no *site* da FUNDIÁGUA.

E, por estarem de comum acordo, as Partes, juntamente com as testemunhas, assinam, física ou eletronicamente. Na forma eletrônica, declaram expressamente, de forma inequívoca, que esse tipo de assinatura é juridicamente válido, exequível e suficiente para vincular as Partes a todos os termos e condições deste Termo de Adesão, nos termos da legislação vigente.

Brasília/DF, de de 202 .

TITULAR

Nome:
CPF: