

**Termo de adesão - Inscrição na Assistência Médica - Colaborador**

Solicito a minha inscrição, de meus dependentes e agregados, relacionados no final deste documento, no Plano de Saúde Empresarial - Assistência Médica conforme opções de padrão abaixo assinaladas. Autorizo o Itaú Unibanco Banco Múltiplo S.A. a debitar em minha conta corrente o valor da respectiva contribuição mensal, calculada com base na regra abaixo a qual já considera a parte do custeio do plano de saúde dos aposentados:

<b>Padrão</b>	<b>Elegíveis</b>	<b>Custo Mensal (titular e dependente)</b>	<b>Acomodação</b>
Básico	Todos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 vida: 0,8% do salário</li> <li>▪ 2 vidas: 1,6% do salário</li> <li>▪ 3 ou mais vidas: 2,4% do salário</li> </ul> <p>Em todas as hipóteses o custo é limitado a 60% da taxa média nacional familiar do padrão Básico.</p>	Enfermaria
Especial I	Até nível Coordenador	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 vida: 2,0% do salário</li> <li>▪ 2 vidas: 3,0% do salário</li> <li>▪ 3 ou mais vidas: 4,0% do salário</li> </ul> <p>Em todas as hipóteses o custo é limitado a 60% da taxa média nacional familiar do padrão de elegibilidade.</p>	Apartamento
Executivo I	Até nível Gerente		
Executivo II	Até nível Superintendente		
Premium	Diretores		

**Nota:** O colaborador pode optar por um padrão diferenciado (superior), assumindo integralmente a diferença entre os padrões.

Estou ciente de que assumirei o custo relativo à coparticipação, referente à utilização durante a minha vinculação ao plano, bem como o eventual custo do padrão diferenciado e o custo dos agregados, se por mim inscritos.

Declaro ter recebido, via meios eletrônicos ou em papel, as informações necessárias à presente inscrição, bem como conhecer as coberturas e exclusões contratuais pertinentes.

No caso de rescisão de meu contrato de trabalho, a continuidade na Assistência Médica obedecerá ao disposto na legislação aplicável e na Convenção Coletiva de Trabalho. Finda minha vinculação ao plano, as coberturas cessarão automaticamente e não terei direito à restituição de qualquer valor, quer por parte da empresa, quer por parte das prestadoras dos serviços. Neste caso, comprometo-me a devolver a(s) carteira(s) do usuário, e arcar com os prejuízos decorrentes de eventual utilização irregular no plano.

( ) Confirmo a minha inscrição e de meu(s) dependente(s), relacionados neste documento no Plano Empresarial - Assistência Médica, com forma de custeio individual, isento de carências, com a seguinte opção de padrão:

( ) Básico	( ) Executivo II
( ) Especial I	( ) Premium
( ) Executivo I	

( ) Confirmo a inscrição de meu(s) agregado(s) relacionados neste documento a no Plano Empresarial - Assistência Médica, com forma de custeio individual, com tabela própria, sujeito a cumprimento de carências e com a seguinte opção de padrão:

( ) Básico	( ) Executivo
( ) Especial	( ) Premium

( ) Não tenho interesse nesta Assistência Médica.

Estou ciente de que a opção futura de inscrição no plano ensejará o cumprimento de carência contratual.

Nome completo:		Funcional:
Data Nasc. / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do titular:		

---

Local e Data

---

Assinatura

Vigência: a opção terá início de vigência em **1º de março de 2010**.

**Dependentes**

1 - Nome do Dependente:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do dependente:		

2 - Nome do Dependente:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do dependente:		

3 - Nome do Dependente:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do dependente:		

4 - Nome do Dependente:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do dependente:		

5 - Nome do Dependente:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do dependente:		

## Agregados

1 - Nome do Agregado:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do agregado:		

2 - Nome do Agregado:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do agregado:		

3 - Nome do Agregado:		Grau de Parentesco:
Data Nasc.: / /	Estado Civil:	CPF:
Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Nome da mãe do agregado:		

### Notas:

1. Em caso de menores de 18 anos é permitida a utilização do CPF e Carteira de Identidade do usuário titular do plano de saúde;
2. É necessário preenchimento do nome da mãe mesmo se ela for falecida;
3. É necessário preencher **todos** os dados solicitados, em letra de forma e **sem** abreviar os nomes.
4. Se houver mais dependentes ou agregados do que os campos disponíveis, relacionar no verso.