



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAQUILO QUE SERÁ CONTRATADO

EU, _____
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____
(profissão) _____ portador da Carteira de identidade número _____
na qualidade de <<Proponente>>, ou representante de titular menor de 18 anos, tendo preenchido uma <<Proposta Individual de Aquisição de Plano de Assistência à Saúde>>.
Tendo lido esse material e recebido uma explicação detalhada sobre o assunto, bem como indagado e tendo recebido todos os esclarecimentos necessários:

Declaro estar ciente e saber:

Exatamente o que estou comprando;

Quanto vai custar;

Quando os preços serão alterados e os critérios para o seu reajuste;

Quais são as minhas responsabilidades com relação ao plano;

Quais são os meus direitos;

Sei que terei que realizar o preenchimento de uma <<Declaração de Saúde>>, declarando toda e qualquer <<Doença ou Lesão Preexistente>> que eu, ou que titular menor de 18 anos por mim representado, tenha conhecimento e/ou que já tenha recebido tratamento médico no passado.

Sei que qualquer declaração falsa de minha parte, ainda referente a titular menor de 18 anos por mim representado, poderá ser utilizada pela **União Médica** em juízo e de forma extrajudicial contra mim.

Estou ciente de que, se durante o preenchimento do <<Questionário>> ou através de <<Exames Pré-Admissionais>> for constatada a existência de qualquer <<Doença>> ou <<Lesão Preexistente>>, a **União Médica** me apresentará duas opções para ser aceito como <<Usuário>>, a <<Cobertura Parcial temporário>> ou <<Agravado>>.

Subtende-se como <<Cobertura Parcial Temporária>> aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas no contrato relativas a quaisquer <<Doença ou Lesões Preexistentes>>.

Subtende-se como <<AGRAVO>> qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga a este <<Plano De Assistência à Saúde>>. Sei que, após esta entrevista devo pagar a taxa de inscrição e a primeira parcela referente ao plano e receberei:

- Uma carteira de Identificação;
- Acesso para download de Guia Médico digital ;
- Um boleto mensal para pagamento;
- O contrato e guia de leitura

A partir da data de início deste contrato e enquanto o mesmo estiver em vigência, estando de posse da <<Carteira de Identificação>> e Célula de Identidade (ou Certidão de Nascimento), terei direito, ou o titular menor de 18 anos por mim representado terá o direito, de utilizar os serviços ora contratados.

Sei também que só poderei utilizar os serviços que estou contratando em médicos, clínicas, laboratórios, prontos-socorros e hospitais relacionados na <<Relação de Prestadores de Serviços>> que vou receber, que poderá ser alterada conforme legislação vigente, sendo que serei informado de tais alterações.

Sei ainda que, para a realização de determinados serviços, preciso passar antes por médicos <<Cooperados>> da **UNIÃO MÉDICA** para que sejam autorizados, bem como determinados serviços exigem o pagamento de <<Co-participação>> ou <<Franquia>>.



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAQUILO QUE SERÁ CONTRATADO

Prestadores de Serviço>> da **UNIÃO MÉDICA** e/ou <<Credenciados>> pela própria. Sempre que me dirigir a qualquer local ou prestador de serviço não descrito na <<Relação dos Prestadores de Serviço>> da **UNIÃO MÉDICA**, estou fazendo isto por minha própria conta e risco, não tendo a **UNIÃO MÉDICA**, qualquer responsabilidade pelos custos deste serviço, nem devendo esta reembolsar qualquer gasto a quem quer que seja.

Estou ciente que a **UNIÃO MÉDICA** não me reembolsará por qualquer despesa médica que fizer fora da rede relacionada na <<Relação de Prestadores de Serviços>>, de acordo com a área de abrangência do plano, contratado, excluindo-se aos casos caracterizados como <<Urgência>> e <<Emergência>>. Nesta Hipótese, a **UNIÃO MÉDICA** se responsabilizará:

Apenas pelo reembolso de despesas referente à, no máximo, as primeiras, 12 horas de atendimento, desde que não haja internação. **Quando necessária para a continuidade do atendimento de <<Urgência>> e <<Emergência>>, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.**

A **UNIÃO MÉDICA** reembolsará as despesas referentes a atendimentos realizados na <<Área de Abrangência>> do Plano, para os casos descritos acima, até os limites estabelecidos pela <<Tabela de Reembolso>> da **UNIÃO MÉDICA**.

1. Declaro estar ciente de que terei que efetuar uma entrevista médica junto à operadora no endereço Praça Coronel Tertuliano Carneiro, 05 – kalilândia, depois de 72 horas da data que assinei a proposta.
2. Declaro estar ciente de que este plano é co-participativo no valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) em consulta e em atendimento de pronto-socorro.
3. Declaro estar ciente de que a data do vencimento será de acordo com a tabela abaixo discriminada:

Data da Proposta	Dia do Vencimento
De 01 a 05	05
De 06 a 10	10
De 11 a 15	15
De 16 a 20	20
De 21 a 25	25
De 26 a 30	30

Feira de Santana, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura