

ADITIVO À PROPOSTA DE ADEÇÃO AO PLANO DE SAÚDE UNIMED NORTE DE MINAS

(Este instrumento é parte integrante da Proposta de Adesão)

ORA CELEBRADO / AASPB / SERVIDORES PÚBLICOS

ADITIVO VÁLIDO ATÉ DIA 20/05/2012.

Tabela de Preços

FAIXA ETÁRIA	UNIMAX ENFERMARIA – R\$ ESTADUAL	UNIMAX APARTAMENTO – R\$ ESTADUAL
00 a 18	86,12	102,51
19 a 23	103,25	123,01
24 a 28	129,16	153,77
29 a 33	146,38	174,27
34 a 38	172,21	205,01
39 a 43	201,11	235,78
44 a 48	249,71	297,28
49 a 53	343,78	409,27
54 a 58	430,12	512,03
A partir de 59 anos	515,79	614,04

Repactuação por aniversário: 01/02/2013 – OS PLANOS ESTADUAIS POSSUEM COBERTURA NACIONAL PARA QUAISQUER ATENDIMENTO DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA .

1) DOCUMENTAÇÃO PARA INCLUSÃO AO PLANO:

TITULAR:

- Cópia do RG, CPF, contra cheque, comprovante de residência e comprovante de pagamento da taxa de adesão (R\$ 70,00 por pessoa).

DEPENDENTES:

CÔNJUGE ou COMPANHEIRO (a)

- Cópia do RG, CPF, cópia da Certidão de Casamento ou declaração de União Estável com firma reconhecida.

- Certidão de Nascimento de filho(s) em comum

FILHOS (as) 23 ANOS E 11 MESES

- Cópia do RG E CPF para maiores de 18 anos

- CPF e RG ou Certidão de Nascimento para menores de 18 anos

FILHO (a) INVÁLIDO (a) DE QUALQUER IDADE

- Certidão de invalidez emitida pelo INSS.

ENTEADO (a) SOLTEIRO (a) 23 ANOS E 11 MESES

- Titular casado: cópia de Certidão de Casamento + cópia de Nascimento do (a) enteado (a)

- Titular com companheiro (a): Declaração de União Estável de próprio punho e com firma reconhecida, constando dependência econômica do (a) enteado (a) + Certidão de Nascimento.

MENOR SOB GUARDA OU TUTELA DO BENEFICIÁRIO TITULAR.

- Cópia da tutela ou do "Termo de Guarda" e Certidão do Nascimento do (a) tutelado (a)

- **ATENÇÃO: O estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas no pedido de adesão.**

2) CARÊNCIAS:

- CARÊNCIA ZERO EXCETO PARA PARTO E DOENÇAS PREEXISTENTES; RESPECTIVAMENTE 10 E 24 MESES

- USUÁRIOS QUE POSSUEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR, COM PERMANÊNCIA SUPERIOR A 01 ANO **CARÊNCIA ZERO EXCETO PARA PREEXISTÊNCIA**

3) TIPO DE PLANO PRETENDIDO:

- As informações relativas ao item "TIPO DE PLANO PRETENDIDO", constantes da página 2/8 da Proposta de Adesão, Abrangência Geográfica: ESTADUAL, Segmentação: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, passam a ser descritas a seguir, para escolha do proponente/associado:



Plano **UNIMAX ENFERMARIA** –Acomodação quarto coletivo ou enfermaria – Registro ANS 406.101/99-2

4) EXCLUSÃO DO PLANO

- Os pedidos de exclusão do plano devem ser protocolados na **AASPB** até o dia **18** do mês para que seja processado dentro do próprio mês.

5) ASSISTÊNCIA AEROMÉDICA GRATUITA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL (Conforme condições gerais do contrato firmado entre a AASPB e a UNIMED NORTE MINAS) Disponível no site <http://www.aaspb.com.br/>

Ciente, em ____/____/____

Associado/Proponente