SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS DOMICILIARES PARA PARTICIPANTES DA SIAS

TERMO DE ADESÃO / ATUALIZAÇÃO DE DADOS

☐ Adesão ☐ Alteração Cadastral

Dados Cadastrais do Titular

Nome:			Matrícula:
Sexo ☐F ☐M	Estado Civil	Data Nasc.	CPF
Endereço Residencial		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone 1:	Telefone 2:	E-mail:	

Dependentes

Nome	CPF	Parentesco	Data Nasc.	Valor (R$)
			Total	

O pagamento das mensalidades será efetuado conforme abaixo assinalado:

☐ Boleto Bancário
Obs: fatura única

Tabela de Preços:
0 a 40 anos = R$ 125,83 fatura única
41 a 50 anos = R$ 137,16 fatura única;
51 a 58 anos = R$ 161,06 fatura única; Acima de 59 anos = R$ 186,23 fatura única.

Declaração /Autorização

Início / término da cobertura: As adesões/alterações ou cancelamentos a pedido do Titular, ocorridas entre o primeiro dia e o dia 15 do mês, terão efeito a partir da zero hora do primeiro dia do mês subsequente à assinatura do contrato de adesão ou da solicitação de cancelamento.
É facultado ao Titular, em qualquer época, o cancelamento do serviço aos Dependentes.
O total das mensalidades será pago de forma única, através de boleto bancário, totalizando 12 (doze) mensalidades.
O serviço será cancelado no caso de falta de pagamento da fatura única, que totaliza 12 (doze) mensalidades.
No caso de modificação do valor da mensalidade, quer por mudança de faixa etária, quer por reajuste anual, fica a SIAS, na qualidade de Estipulante, autorizada a representar os interesses dos beneficiários.
O Titular deverá manter atualizado os seus dados cadastrais e dos Dependentes, especialmente os que permitam à CONTRATADA e/ou ao ESTIPULANTE enviarem-nos comunicações de seu interesse. Havendo alterações, deverá o Titular preencher um novo Formulário para a atualização de dados e encaminhá-lo à SIAS – Rua do Carmo, 11 – 6º andar – Centro – RJ – Cep.: 20011-020.
Em caso de cancelamento, não haverá ressarcimento proporcional ao tempo de contratação.
Declaro estar ciente de que o presente Termo revogará qualquer outro preenchido anteriormente.

_____ _____

Local e Data Assinatura do Titular