

TERMO DE OPÇÃO PARA INGRESSO NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO

Nome: _____ Crachá n.º _____

- () **SIM. Desejo aderir** ao Plano de Saúde Coletivo oferecido pelo EMPREGADOR.
() **NÃO. Não desejo aderir** ao Plano de Saúde Coletivo oferecido pelo EMPREGADOR.

Fica assegurada a isenção do cumprimento dos prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (se houver doenças e lesões preexistentes) em caso de adesão efetuada no período de até 30 (trinta) dias, contados da data da assinatura do contrato pela Empresa contratante (Empregador), ou contados da data de admissão de novo funcionário pela Empresa contratante (Empregador), se a admissão ocorrer após a assinatura do contrato.

Declaro estar ciente de que, optando pela NÃO ADESÃO ao Plano de Saúde Coletivo oferecido pelo EMPREGADOR, poderei formalizar minha adesão a qualquer momento, estando CIENTE de que a adesão posterior ao período de 30 (trinta) dias acima previsto implicará no cumprimento integral dos prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária, nos termos previstos no REGULAMENTO do plano coletivo.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do(a) funcionário(a)