

TERMO DE RESPONSABILIDADE**Dados do beneficiário/titular**

NOME:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
TELEFONE CELULAR:	
TELEFONE FIXO	
E-MAIL:	
ENDEREÇO COM CEP:	

Dados do(s) dependente(s) / agregado(s) responsável financeiro:

NOME:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
TELEFONE CELULAR	
TELEFONE FIXO	
E-MAIL:	
ENDEREÇO COM CEP:	

COBRANÇA DE MENSALIDADE EM SEPARADO?	() SIM () NÃO
FORMA DE PAGAMENTO A SER SEGREGADA	() DÉBITO EM CONTA DO BANCO DO BRASIL () BOLETO

DADOS BANCÁRIOS (favor preencher mesmo se a opção de pagamento seja via boleto, pois as informações serão usadas para eventuais restituições/devoluções de valores:

NOME E CÓDIGO DO BANCO:	
AGÊNCIA COM DV:	
CONTA COM DV:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE**Dados do(s) dependente(s)/ agregado(s) vinculado(s) ao beneficiário(a) acima identificado(a)**

Nome beneficiário	CPF

1. Na qualidade de beneficiário titular, DECLARO:

1.1 Haverlido, compreendido e aceito o Regulamento dos planos Unafisco Saúde (Conforme o caso), sem ressalvas.

1.2 Anuir com o desmembramento de vínculo a fim de que as mensalidade(s) do plano de saúde seja(m) cobrada(s) diretamente de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) mediante preenchimento deste termo de responsabilidade e autorização expressa firmada pelos beneficiário(s) a mim vinculado(s), não deixando, porém de responder solidariamente pela quitação de quaisquer débitos perante o SINDIFISCO NACIONAL.

1.3 Ser o único responsável pela atualização e veracidade dos dados cadastrais pessoais e dos beneficiários acima nominados, comprometendo-se a fornecer, quando solicitado, documentos complementares.

1.4 AUTORIZAR o desconto dos valores das mensalidades em favor do SINDIFISCO NACIONAL por meio de débitos em conta corrente junto ao Banco do Brasil S. A. ou mediante pagamento por meio de ficha de compensação bancária (boleto).

1.5 Ter conhecimento de que não será acolhida solicitação de segregação de mensalidade de agregado menor impúbere, ou seja, aquele que, em razão da idade, não alcançou a capacidade jurídica plena para o exercício de seus direitos. O menor impúbere é absolutamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil. São assim considerados os menores de dezesesseis anos. Entre dezesesseis e dezoito anos de idade o menor será considerado púbere devendo ser assistido por seu representante legal para a prática de atos da vida civil e, após completar dezoito anos, cessará a menoridade (art. 5º do Código Civil).

Portanto, não pode o menor impúbere ou púbere sem assistência do representante legal, figurar como responsável financeiro perante o SINDIFISCO NACIONAL. Em qualquer hipótese, o titular responderá solidariamente com o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras decorrentes da assistência prestada ao menor, ao abrigo do Unafisco Saúde.

1.6 Ter conhecimento de que a segregação das mensalidades somente poderá ser efetuada a cada 24 (vinte e quatro) meses, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

1.7 Ter conhecimento de que as mensalidades e outras obrigações financeiras do plano de saúde vencerão sempre no 2º (segundo) dia útil de cada mês, não sendo possível alteração da data de vencimento.

2. Na qualidade de dependente e/ou agregado (responsável financeiro), DECLARO:

2.1 Haver lido, compreendido e aceito o Regulamento do plano atual (Unafisco Saúde Soft, Soft Participativo, Premium I e II, Unique e Platinum), sem ressalvas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

2.2 Aceitar o desmembramento de vínculo com o beneficiário titular, passando a responder financeiramente perante o SINDIFISCO NACIONAL pelo pagamento das minhas mensalidade(s) e dos demais do(s) dependente(s) / agregado(s) vinculado(s), descritos no item 2.1 acima;

2.3 Ter conhecimento de que a segregação das mensalidades somente poderá ser efetuada pelo dependente e/ou agregado, com expressa anuência do titular, tendo por vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

2.4 AUTORIZAR o desconto dos valores das mensalidades em favor do SINDIFISCO NACIONAL por meio de débitos em conta corrente junto ao Banco do Brasil S. A. ou mediante pagamento por meio de ficha de compensação bancária (boleto);

<p>PARA ASSINATURA DO SOLICITANTE (TITULAR):</p> <p>Local/Data: _____, ___/___/_____</p> <p>Assinatura:</p>	<p>PARA ASSINATURA DO DEPENDENTE/ AGREGADO (RESPONSÁVEL FINANCEIRO):</p> <p>Local/Data: _____, ___/___/_____</p> <p>Assinatura:</p>
--	--

PARA USO DAS DELEGACIAS SINDICAIS:

Recebido em (Data): _ _ / _ _ / _____

— — —

— — —