

SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS DOMICILIARES PARA PARTICIPANTES E ASSISTIDOS DA SIAS
TERMO DE ADESÃO / ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Adesão

Alteração Cadastral

Dados Cadastrais do Titular

Nome:			Matrícula:
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 Nascimento	Valor (R\$)

Total dos Valores Contratados – R\$

Valores	Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente	Valor Total
Valor da Mensalidade					

O pagamento das mensalidades será efetuado conforme abaixo assinalado:

<input type="checkbox"/> Boleto Bancário Obs.: fatura única – Pré-pagamento
--

Tabela de Valores:

0 a 40 anos = R\$ 141,91 fatura única
 41 a 50 anos = R\$ 154,69 fatura única;
 51 a 58 anos = R\$ 181,64 fatura única;
 59 anos ou mais = R\$ 210,03 fatura única.

Declaração / Autorização

1. A prestação dos serviços engloba:
 - Remoção Hospitalar em caso de urgência ou emergência, desde que o beneficiário esteja na área de abrangência do plano;
 - APM - Atendimento Pré-Hospitalar e
 - OMT - Orientação Médica Telefônica.
2. O início de vigência da cobertura será em até 48 horas úteis após o pagamento do boleto correspondente a mensalidade anual do seu plano;
3. O valor da mensalidade individual será corrigido anualmente de acordo com o IGP-M do mês 05 (maio) divulgado pela Fundação Getúlio Vargas;
4. O titular deverá manter atualizado todos os seus dados cadastrais e de seus dependentes, caso sejam incluídos, principalmente os que permitem à CONTRATADA e/ou ESTIPULANTE enviarem comunicações de seu interesse;
5. É facultado ao titular o cancelamento do seu plano a qualquer tempo, porém para que não ocorra a próxima cobrança, deverá ser solicitado com até 30 dias do início do mês de aniversário do seu contrato, considerado sempre como o mês de aniversário, àquele em que foi realizado o primeiro pagamento anual;
6. Não há pró-rata neste plano, tanto para cobrança ou como para devolução;
7. Declaro estar ciente de que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor anual do plano e acréscimo de juros de 6% (seis por cento) ao mês;
8. A permanência em inadimplência, de acordo com o art. 43 do Código de Defesa do Consumidor e com o art. 160, I, da Lei nº 3071/16, permitem à Mapma Administradora de Benefícios Ltda, responsável pela administração deste plano, adotar medidas para cobrança dos valores pendentes a partir de 30 dias, incluindo os dados do beneficiário titular nos órgãos de proteção ao crédito (SPC / SERASA) e também no cartório de protesto.

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Participo que, na condição de Titular dos Dados ou de seu representante legal, estou de acordo com a Mapma Administradora de Benefícios Ltda, nas atribuições de operadora, colete os meus dados pessoais sensíveis com a única finalidade de possibilitar a contratação do plano CTI COR CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO LTDA com a qual esses dados serão compartilhados na condição de controladora, sendo desta a responsabilidade de armazená-los enquanto vigorar o plano de saúde e/ou odontológico e de descartá-los ao término da vigência.

O Titular ou seu representante legal poderá revogar seu consentimento a qualquer tempo, por intermédio do e-mail encarregadolgpd@mapma.com.br.

No caso cancelamento do plano CTI COR CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO LTDA por inadimplência, os dados pessoais do Titular serão compartilhados com o órgão de proteção ao crédito SERASA e com empresa prestadora de serviço de cobrança.

Fundamento do Termo de Consentimento: Artigo 5º, inciso XII, da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o qual estabelece que o consentimento é uma “manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular ou seu responsável legal concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada”.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário Titular