

Termo de opção ao plano odontológico



Dados da empresa

Nome da empresa (matriz)		CNPJ (matriz)
Nome da empresa (filial)		CNPJ (filial)
Indique aqui o plano contratado e o valor mensal de investimento		
Plano	Valor	

Dados do beneficiário titular

(Todos os campos são de preenchimento obrigatório, não usar abreviações nos nomes. CPF obrigatório para titular)

Nome completo sem abreviação		Data de nascimento / /	
Telefone	CPF	Estado civil	
Nº de matrícula	RG	Data expedição / /	Órgão emissor
País emissor (RG)	Admissão / /	Nº Cartão Nacional de Saúde	
Cargo / Atividade principal			
Endereço residencial*		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	CEP	Sexo Masc. Fem.
Nome da mãe (Completo sem abreviação)			

(*) Se o beneficiário Dependente tiver endereço diferente do Titular, favor solicitar outro Termo de Opção para preenchimento de seu endereço completo.

Dados dos beneficiários dependentes / Agregados

(Todos os campos são de preenchimento obrigatório, não usar abreviações nos nomes. CPF obrigatório para titular)

1. Nome completo sem abreviação		CPF		
Data de nascimento / /	Parentesco:	Cônjuge/Companheiro Irmão com até 21 anos Pai, Mãe, Sogro, Sogra e Netos sem limite de idade	Enteado/Enteada Filho(a)	
Sexo M F	Universitário S N	Nº Declar. de Nascido Vivo**	Nº do Cartão Nacional de Saúde	
Nome da mãe (Completo sem abreviação)				

2. Nome completo sem abreviação				CPF
Data de nascimento / /	Parentesco:	Cônjuge/Companheiro Pai, Mãe, Sogro, Sogra e Netos sem limite de idade	Irmão com até 21 anos	Enteado/Enteada Filho(a)
Sexo M F	Universitário S N	Nº Declar. de Nascido Vivo**	Nº do Cartão Nacional de Saúde	

Nome da mãe (Completo sem abreviação)

3. Nome completo sem abreviação				CPF
Data de nascimento / /	Parentesco:	Cônjuge/Companheiro Pai, Mãe, Sogro, Sogra e Netos sem limite de idade	Irmão com até 21 anos	Enteado/Enteada Filho(a)
Sexo M F	Universitário S N	Nº Declar. de Nascido Vivo**	Nº do Cartão Nacional de Saúde	

Nome da mãe (Completo sem abreviação)

(**) Preenchimento obrigatório para dependentes nascidos vivos a partir de janeiro de 2010. Este número encontra-se na Certidão de Nascimento.

Condições gerais

Pela presente, autorizo a **CONTRATANTE** a proceder mensalmente o desconto do valor total contratado diretamente da minha folha de pagamento, a fim de permitir minha inclusão, bem como de meu(s) Dependente(s)/Agregado(s) indicados neste Termo de Opção, no Plano Odontológico operacionalizado pela MetLife Planos Odontológicos Ltda, sediada em São Paulo, na Rua Flórida, 1595, 5º andar, CEP 04. 565-001, Brooklin Novo, São Paulo, SP, inscrita no CNPJ sob nº 03.273.825/0001-78 e na ANS sob nº 40648-1. De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, e estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, as quais me obrigo, por mim e por meu(s) Dependente(s)/Agregado(s): I. Os Beneficiários Dependente(s)/Agregado(s) devem obrigatoriamente, participar do mesmo tipo de Plano Odontológico escolhido pelo Titular. II. Por se tratar de um **Plano Exclusivamente Odontológico de Contratação Coletiva**, conforme normas setoriais, o valor mensal contratado por pessoa será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano de Assistência Odontológica celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **MetLife**. III. Se aplicável, o Beneficiário deverá cumprir carência de 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de Urgência e Emergência e 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos das demais especialidades caso solicite sua inclusão no Plano de Assistência Odontológica após período da **Campanha de Adesão**; b) após 30 (trinta) dias da data da contratação/vinculação posterior do Beneficiário Titular à **CONTRATANTE**. c) após 30 (trinta) dias da data do surgimento do vínculo de dependência com o Beneficiário Titular. IV. O **Beneficiário** fica obrigado, sempre que necessário, a atender a convocação para realização de auditorias clínicas iniciais e/ou finais, de acordo com as normas técnicas da MetLife, em data a ser determinada de acordo com as necessidades e disponibilidades do paciente e do profissional, sem perder o direito de utilizar os serviços. V. O **Beneficiário** também será excluído: (a) em caso de rescisão do Contrato de Plano de Assistência Odontológica celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **MetLife**; (b) quando o titular perder o vínculo com a **CONTRATANTE** e conseqüentemente com a MetLife, e no caso de dependente e agregado, quando perder o vínculo de dependência com o titular, ressalvada a hipótese de o beneficiário titular preencher os requisitos para permanecer no plano de acordo com a Resolução Normativa 279/11 publicada pela ANS; (c) quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços contratados; (d) quando ocorrer óbito do Beneficiário, devendo ser enviada cópia de documento comprobatório à **MetLife**.

Os dados fornecidos na presente proposta / termo serão armazenados pelo **Grupo MetLife**, incluindo as suas subsidiárias e afiliadas. Declaro que conheço e concordo com a Política de Privacidade da MetLife disponível no site: www.metlife.com.br.

Local e Data

Assinatura do Titular

ANS Nº 406481

metlife.com.br

Produtos registrados junto à ANS provido por METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA, empresa inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.273.825/0001-78, com inscrição Estadual/SP nº ISENTA, registrada no CRO-SP sob nº 6191 e na ANS sob o nº 40648-1, classificada como operadora na ANS na modalidade Odontologia de Grupo, com cobertura de todos os procedimentos estabelecidos pelo Rol mínimo da Agência Nacional de Saúde (ANS). Resp Tec: Luís Danilo Bronzatto Maurici CROSP 40.364. Restrições se aplicam. Consulte, previamente a contratação, as Condições Gerais do Produto disponíveis no site da MetLife.

