

PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO COLETIVO

1 - Proponente

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

2 - Dados do Beneficiário Titular

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: [ ]Solteiro [ ]Casado [ ]Separado [ ]Divorciado [ ]Viúvo

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

3 - Dados dos Beneficiários Dependentes

(1) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

(2) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

(3) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

(4) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

4 - Patrocínio da Proponente Sobre o Valor do Plano do Titular

[ ] Sem patrocínio [ ] % patrocinado pela proponente

5 - Produtos

[ ] Odonto Orto [ ] Master Fundiágua [ ] Odonto Orto Adesão [ ] DocPremium [ ] DOC Adesão

6 - Assinalar o tipo de movimentação que será realizada

Inclusão de [ ] Titular [ ] Dependentes Exclusão de [ ] Titular [ ] Dependentes

7 - Declarações e Assinaturas

(1) Declaro serem verdadeiras as informações preenchidas acima e estou ciente que a vigência contratual iniciará após a aprovação desta Proposta de Adesão. (2) Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e as Condições Contratuais do plano escolhido. (3) Estou ciente que a falta de documentos, rasuras ou dados incorretos serão fatores de impedimento para a aceitação da Proposta de Adesão. (4) Esta Proposta de Adesão é parte integrante do plano contratado e foi redigida de acordo com a Lei 9656/98. (5) Estou em acordo e consinto com o compartilhamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, conforme disposto nas condições contratuais, em acordo com a Lei 13709/2018.

Local/Data

Contratante / Titular

## TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA ASSISTENCIAL DA FUNDIÁGUA

**A FUNDIÁGUA - FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR (“FUNDIÁGUA”)**, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com sede no SCN Quadra 04 Bloco B, Centro Empresarial Varig, 11º andar, Sala 1104-B —Brasília-DF, inscrita no CNPJ sob o nº 73.983.876/0001-79, e o(a) proponente identificado(a) no verso (“**TITULAR**”) celebram o presente Termo de Adesão, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA 1ª – DO OBJETO:** Por meio deste instrumento o(a) **TITULAR** adere ao Programa de Assistência à Saúde desenvolvido pela FUNDIÁGUA (“PROGRAMA ASSISTENCIAL”). O PROGRAMA ASSISTENCIAL tem por objetivo oferecer aos Participantes e Assistidos dos planos de benefícios administrados pela FUNDIÁGUA, e respectivos Dependentes e Agregados, os serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica mediante contratação de operadoras e seguradoras de planos de saúde devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no modelo de estipulante e em conformidade com a lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), bem como o fornecimento de medicamentos de uso contínuo e outros serviços de assistência à saúde que venham a ser criados pela FUNDIÁGUA.

**CLÁUSULA 2ª – DO(A) TITULAR:** Considera-se como **TITULAR** elegível ao PROGRAMA ASSISTENCIAL o(a) participante ou assistido(a) que estiver inscrito em algum dos planos de benefícios previdenciários administrados pela FUNDIÁGUA.

**CLÁUSULA 3ª – DOS DEPENDENTES, AGREGADOS E REMIDOS:** É permitido ao(à) **TITULAR**, inscrever no PROGRAMA ASSISTENCIAL:

### **I - na condição de Dependente:**

- cônjuge ou companheiro(a), comprovado por certidão de casamento ou de união estável;
- filhos(as), enteados(as) e tutelados(as) menores de 21 (vinte e um) anos;
- filhos(as), enteados(as) e tutelados(as) entre 21 (vinte e um) anos e 23 anos e 11 meses;

- tutelados(as), mediante comprovação por meio de Termo de Tutela expedido pelo Judiciário;
- filhos(as), enteados(as) e tutelados(as) **inválidos(as)**, devidamente comprovado por laudo médico;

### **II – Na condição de Agregado:**

- Para os Ativos:** filhos (as), enteados (as) e tutelados (as) entre 21 (vinte e um) anos e 23 (vinte e três) anos e 11 (onze) meses que não estiverem cursando ensino superior reconhecido pelo MEC;
- Para os Ativos:** filhos (as), enteados(as) e tutelados(as) entre 24 (vinte e quatro) anos e 38 (trinta e oito) anos e 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- Para os Assistidos:** filhos (as), enteados (as) e tutelados (as) até 38 (trinta e oito) anos e 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

### **III – Na Condição de Remidos:**

- em caso de falecimento do(a) **TITULAR**, conforme regras estipuladas pela operadora ou seguradora de saúde, os dependentes que passarem à condição de beneficiários em gozo de benefício previdenciário poderão entrar na condição de **REMISSÃO** por 1 (um) ano, conforme **parágrafo 6º desta cláusula**.

**PARÁGRAFO 1º.** O(A) **TITULAR** declara ciência e concordância de que, para receber o auxílio da parte patronal para os seus dependentes (filhos, enteados e tutelados), que estiverem entre 21 anos e 23 anos e 11 meses, deverão ser apresentadas declarações de escolaridade nas seguintes situações:

- dois meses antes da data em que o dependente completar 21 anos;
- apresentar, semestralmente, para FUNDIÁGUA a declaração de escolaridade/matricula em instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC.

**PARÁGRAFO 2º.** O(A) **TITULAR** declara ciência e concordância de que, caso não entregue as comprovações previstas no parágrafo anterior, em tempo hábil de movimentação cadastral, a **Patrocinadora deixará de contribuir compulsoriamente com o auxílio**

**correspondente à sua parte patronal no PROGRAMA ASSISTENCIAL para o(s) respectivo(s) dependente(s) legais**, sendo de responsabilidade do(a) **TITULAR** arcar com os valores integrais gerados nos períodos correspondentes. Caso a declaração não seja apresentada dentro das condições expostas no parágrafo anterior, o(s) dependente(s) passará(ão) para a condição de **DEPENDENTE SEM PATRONAL**, sendo aplicada a cobrança do valor integral da tabela de **AGREGADO**, referente a essa nova condição. Não será possível realizar qualquer tipo de estorno de valores referente à mensalidade cobrada na nova condição.

**PARÁGRAFO 3º.** Os Dependentes e Agregados serão abrangidos pelos mesmos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica, escolhidos pelo(a) **TITULAR**, desde que inscritos conforme regras da operadora ou seguradora de saúde.

**PARÁGRAFO 4º.** Os Agregados e os Dependentes sem Patronal não terão direito à contribuição das patrocinadoras para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica.

**PARÁGRAFO 5º.** Os Participantes Assistidos e seus Dependentes não terão direito à contribuição das patrocinadoras para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica.

**PARÁGRAFO 6º.** Em caso de falecimento do(a) **TITULAR**, os dependentes que forem aceitos pela operadora ou seguradora e passarem à condição de beneficiários em gozo de benefício previdenciário poderão solicitar, no prazo de até 30 (trinta) dias contados falecimento, mediante novo contrato, não sujeito à carência, primeiramente na condição de **REMISSÃO** por 1 (um) ano sem cobrança de mensalidade, sendo realizado a cobrança somente da coparticipação durante esse período. O Remido deverá manter sua inscrição no **PROGRAMA ASSISTENCIAL**, bem como os demais dependentes e agregados já inscritos pelo **TITULAR**, após o encerramento do período de remissão, o dependente que estiver na condição de titular, deverá comparecer à Fundiágua antes do término do período da remissão para realizar o preenchimento de um novo formulário para realizar sua migração pra condição de **PENSIONISTA**, ficando autorizada a **FUNDIÁGUA** a descontar do(a) beneficiário em gozo de benefício o valor da mensalidade e coparticipação. Durante o período de remissão previsto neste parágrafo, o beneficiário dependente, em caso de, cônjuge ou companheiro(a), que se casar ou, em caso de

filho, enteado e tutelado, que completar 38 (trinta e oito) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias perderá a condição de remido. Durante o período de remissão, não poderão ser feitas novas inclusões e alterações no plano do remido.

**PARÁGRAFO 7º.** A inclusão de cônjuge ou filhos do(a) **TITULAR**, em decorrência do casamento e união estável ou nascimento, respectivamente, ocorrido na vigência deste contrato deverá ser feita em até 30 (trinta) dias corridos a contar a data do evento, sob pena de cumprimento das carências previstas no contrato firmado entre a Fundiágua e a operadora ou seguradora de plano de saúde e odontológico.

**PARÁGRAFO 8º.** As inclusões ou exclusões de Dependentes e Agregados obedecerão, adicionalmente, às condições expostas no contrato entre a **FUNDIÁGUA** e a operadora ou seguradora de plano de saúde.

---

**CLÁUSULA 4ª – DAS CARÊNCIAS:** não será exigido o cumprimento de carências nas seguintes hipóteses:

a) se a inscrição no plano de saúde do(a) **TITULAR** ou de alguns de seus Dependentes legais ou Agregados ocorrer até 30 (trinta) dias antes da celebração do contrato entre **FUNDIÁGUA** e a operadora ou seguradora do plano de saúde.

b) se o(a) **TITULAR**, os Dependentes legais e os Agregados se vincularem à algum plano de benefícios da **FUNDIÁGUA** até 30 (trinta) dias antes da data de aniversário do contrato entre Fundiágua e a operadora ou seguradora do plano de saúde.

**PARÁGRAFO 1º.** Se houver inscrição fora dos prazos acima descritos, o(a) **TITULAR**, os Dependentes legais e os Agregados deverão cumprir as carências em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano de saúde contratado pela **FUNDIÁGUA**, sendo contadas a partir do ingresso do(a) **TITULAR**, do(a) Dependente e do Agregado no plano de saúde. Os prazos de carência são os seguintes:

a) 24 (vinte e quatro) horas para cobertura dos casos de urgência e emergência, após o início de vigência do contrato de plano de saúde, sendo que:

a.1) no Plano de Segmentação Referência – a cobertura será integral após esse período, nos termos da legislação vigente;

a.2) no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as 12 (doze) primeiras horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

a.3) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências e emergências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

a.4) no Plano de Segmentação Ambulatorial – a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

b) 30 (trinta) dias para custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;

c) 180 (cento e oitenta) dias para cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações;

d) 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos;

e) 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

**PARÁGRAFO 2º.** Na hipótese de haver cumprimento de carência, o(a) **TITULAR**, o(a) **Dependente** e o(a) **Agregado** ou seu representante legal deverá preencher a declaração de saúde, informando à operadora a condição sabida de **doença ou lesão preexistente**, previamente à época do início de vigência do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

**PARÁGRAFO 3º. Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, é o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do participante no plano de saúde, no qual o mesmo, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistente, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

- a) Procedimento de Alta Complexidade (PAC);
- b) Internação em leitos de alta tecnologia; e
- c) Eventos cirúrgicos

**CLÁUSULA 5ª – DAS COPARTICIPAÇÕES:** É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo participante diretamente à Fundiágua, onde os valores são repassados diretamente para operadora ou seguradora de saúde contratada.

**PARÁGRAFO 1º** Os valores e /ou percentuais serão estipulados no ato da contratação da operadora ou seguradora de saúde e estarão determinados com clareza em Condição Particular, que passará a fazer parte integrante do contrato firmando com a Fundiágua. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente a época da contratação.

- a) Atualmente é praticado uma coparticipação de 20% sobre todas as consultas e exames realizados;
- b) Não será cobrado coparticipação sobre internações realizadas.

**CLÁUSULA 6ª – DOS PAGAMENTOS:** Os pagamentos das mensalidades relativas ao custeio do PLANO DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO e das Coparticipações serão feitos mediante desconto em folha de pagamento em regime mês, ou seja, na folha de pagamento de salários ou na folha de benefícios do(a)

**TITULAR** no mês corrente. Desta forma, o(a) **TITULAR** autoriza a FUNDIÁGUA a adotar as providências objetivando o referido desconto junto às patrocinadoras.

**PARÁGRAFO 1º.** Além do custeio do Plano de Saúde e das Coparticipações, poderá ser cobrado do(a) **TITULAR de seus Dependentes e Agregados**, pelo mesmo sistema de desconto em folha descrito nesta Cláusula, Contribuição Extraordinárias e/ou especiais incidentes sobre o valor total da respectiva mensalidade do Plano de Saúde do(a) **TITULAR** que esteja na condição de participante ATIVO de plano de benefícios previdenciários administrados pela FUNDIÁGUA. O percentual da Contribuição Especial será de 5% (cinco por cento) sobre o valor da tabela praticada pela operadora ou seguradora e seus recursos ingressarão como receitas do Programa Assistencial da Fundiágua.

**PARÁGRAFO 2º.** Para o(a) **TITULAR e seus respectivos Dependentes legais** que aderirem ao Plano Odontológico, será cobrada Taxa administrativa de 10% (dez por cento) incidente sobre a respectiva mensalidade para ATIVOS e ASSISTIDOS.

**PARÁGRAFO 3º.** Quando, por qualquer motivo, não for possível realizar o desconto em folha de pagamento ou no benefício do participante, será adotada a cobrança bancária via boleto (COB).

**PARÁGRAFO 4º.** Os pagamentos serão feitos pelo(a) **TITULAR** de acordo com a tabelas vigentes no PROGRAMA ASSISTENCIAL da Fundiágua, levando-se em consideração os reajustes anuais previstos no contrato firmado entre a FUNDIÁGUA e a operadora ou seguradora de Plano de Saúde, a mudança de faixa etária e o tipo do Plano escolhido, atendendo as condições apresentadas no presente Termo de Adesão.

**PARÁGRAFO 5º.** O atraso no pagamento das mensalidades, coparticipações e taxas dos planos de saúde e odontológicos implicará incidência de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor em atraso, acrescido de juros moratórios no montante de 0,5 % (meio por cento) ao mês, além do pagamento de correção monetária pró-rata dia, calculada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC).

**PARÁGRAFO 6º.** A inadimplência do pagamento das mensalidades e coparticipações dos planos de saúde e odontológico, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, dará ensejo:

- a) ao cancelamento do contrato de plano de saúde e/ou odontológico para o(a)

**TITULAR** e respectivos Dependentes e Agregados;

- b) à negativação do devedor em cadastros de inadimplentes; e
- c) à cobrança judicial do saldo devedor.

---

**CLÁUSULA 7ª – DO CANCELAMENTO:** O cancelamento da inscrição do(a) PARTICIPANTE do PROGRAMA ASSISTENCIAL ocorrerá nas seguintes hipóteses:

- a) falecimento do(a) **TITULAR**;
- b) quando o(a) **TITULAR** perder o vínculo previdenciário com a FUNDIÁGUA;
- c) por solicitação formal do(a) **TITULAR** requerendo o seu desligamento do PROGRAMA ASSISTENCIAL;
- d) pela perda da condição de Agregado, ao completar 39 anos;
- e) inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias, conforme previsto na Clausula anterior.

**PARÁGRAFO 1º.** No plano de saúde e odontológico, o cancelamento da inscrição a pedido do(a) **TITULAR** poderá ser realizada a qualquer momento conforme Resolução Normativa 412 da ANS.

**PARÁGRAFO 2º.** O cancelamento da inscrição do(a) **TITULAR** implicará no cancelamento automático da inscrição dos Dependentes e Agregados a ele vinculados, salvo no caso de morte do(a) **TITULAR**, em que se garantirá aqueles que se manifestarem, no prazo de 30 (trinta) dias contados do evento, o direito do dependente na condição remissão e de pensionista, conforme previsto na 3º Cláusula parágrafo 4º deste termo.

**PARÁGRAFO 3º.** No ato do cancelamento, o(a) **TITULAR** deverá entregar à Fundiágua, de imediato, sua carteirinha do convênio e demais documentações que possibilitem a utilização dos serviços prestados pelo PROGRAMA ASSISTENCIAL.

**PARÁGRAFO 4º.** O cancelamento do plano de saúde, acarreta também a perda do direito à elegibilidade no Programa de Medicamentos oferecido pela FUNDIÁGUA.

---

**CLÁUSULA 8ª – DOS REAJUSTES:** Os reajustes do valor das mensalidades dos planos de saúde e odontológico contratados pela FUNDIÁGUA em favor do(a) **TITULAR** e respectivos Dependentes e Agregados serão realizados anualmente no aniversário do contrato firmado com a operadora ou seguradora, e de acordo com os índices previstos no respectivo contrato.

**PARÁGRAFO 1º.** Além do reajuste anual descrito esta Cláusula, haverá atualização do valor da contraprestação pecuniária quando ocorrer mudança de faixa etária ou mudança de plano (Up Grade ou Down Grade do plano).

**PARÁGRAFO 2º.** Os valores pagos pelo **TITULAR** poderão ser afetados pelas condições impostas pela patrocinadora através do Acordo de Gestão firmado com a entidade.

---

**CLÁUSULA 09ª – DISPOSIÇÕES GERAIS:** A presente proposta de adesão será analisada pela FUNDIÁGUA e pela operadora ou seguradora do plano de saúde e odontológico, podendo ser aprovada ou recusada após avaliação.

**PARÁGRAFO 1º.** O(A) **TITULAR** reconhece que a responsabilidade pelos atendimentos é exclusiva da operadora ou seguradora e dos respectivos prestadores de serviços integrantes da rede contratada, sendo a FUNDIÁGUA estipulante dos contratos de planos de saúde e odontológico disponibilizados em seu PROGRAMA ASSISTENCIAL.

**PARÁGRAFO 2º.** Fica o(a) **TITULAR** obrigado a honrar as dívidas eventualmente existentes, podendo a FUNDIÁGUA descontar o valor pendente na folha de benefícios da FUNDIÁGUA e na folha de pagamento da respectiva patrocinadora.

<b>NOME DO(A) TITULAR OU RESPONSÁVEL:</b>
<b>CPF:</b>
<b>LOCAL E DATA:</b> _____, ____ / ____ / 2021
<b>ASSINATURA</b> _____
<b>Início de Vigência:</b> ____ / ____ / ____