

PLANO ODONTOLÓGICO
CARTÃO PROPOSTA
ADESÃO DE DEPENDENTES



OdontoPrev S/A
CNPJ 58.119.199/0001-51
Registro na ANS: 30194-9
Empresa Estipulante: Fundação Habitacional do Exército - FHE

Uso exclusivo da FHE

DADOS DO TITULAR

CPF	Nome
-----	------

DADO(S) DO(S) DEPENDENTE(S)

Obrigatório para maiores de 18 anos

Nome do dependente	Data de nascimento	Grau de parentesco
--------------------	--------------------	--------------------

Nome da mãe	Sexo	CPF/DNV*
-------------	------	----------

Nome do dependente	Data de nascimento	Grau de parentesco
--------------------	--------------------	--------------------

Nome da mãe	Sexo	CPF/DNV*
-------------	------	----------

Nome do dependente	Data de nascimento	Grau de parentesco
--------------------	--------------------	--------------------

Nome da mãe	Sexo	CPF/DNV*
-------------	------	----------

Nome do dependente	Data de nascimento	Grau de parentesco
--------------------	--------------------	--------------------

Nome da mãe	Sexo	CPF/DNV*
-------------	------	----------

Nome do dependente	Data de nascimento	Grau de parentesco
--------------------	--------------------	--------------------

Nome da mãe	Sexo	CPF/DNV*
-------------	------	----------

Nome do dependente	Data de nascimento	Grau de parentesco
--------------------	--------------------	--------------------

Nome da mãe	Sexo	CPF/DNV*
-------------	------	----------

*Caso o dependente não possua CPF

Teleatendimento ao Cliente: 0800 061 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Associação de Poupança e Empréstimo (POUPEX)

Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Parte A - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902- Brasília/DF

REGRAS DE ADESÃO

INCLUSÃO

A inclusão do associado e/ou dependentes será sem carência no momento da sua adesão. Para inclusão de novos dependentes a qualquer tempo, haverá carência de 90 dias a partir da data da vigência para todos os procedimentos cobertos pelo Plano.

EXCLUSÃO

Feita opção pelo Bradesco Dental ou migração de, o beneficiário e seus dependentes deverão permanecer no Plano por um período mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data da vigência, independente da utilização do produto.

O cancelamento do beneficiário dentro do período mínimo, facultará a Operadora cobrar multa correspondente ao valor da contribuição mensal multiplicada por 6 (seis) vezes o valor do prêmio.

Será permitida a reinclusão de beneficiário ou dependentes no Plano mediante apreciação da operadora e cumprimento do prazo de carência de 90 (noventa) dias.

VIGÊNCIA

A partir da zero hora do dia 1º do mês subsequente à folha de pagamento em que ocorrer o 1º desconto do prêmio, obedecida a carência de 90 dias para as inclusões posteriores de dependentes.

PLANO ODONTOLÓGICO - ALTERAÇÃO DE PLANO

PRÊMIO

O valor do Plano mensal será descontado no contracheque do titular:

- Premium Cale – R\$15,50
- Essencial Plus c/ Documentação Ortodôntica – R\$16,77
- Premium Plus – R\$22,66
- Premium Top – R\$71,21 (os procedimentos das especialidades de prótese e ortodontia terão carência de 180 dias).

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Pelo presente, autorizo a inclusão de meus dependentes no contrato de operação de planos privado de assistência odontológica, plano coletivo firmado pelo contratante mencionado e de Reembolso de Despesas de Assistência Odontológica solicitada à Bradesco Dental S/A pelo Estipulante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais do referido Plano, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Cartão-Proposta, inclusive as que estão impressas. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe “se o beneficiário por si ou seu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na contribuição mensal do Plano, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado à contribuição vencida.”

Estou ciente de que a Operadora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos, para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este Plano, autorizando os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias, ao dentista indicado pela operadora.

Teleatendimento ao Cliente: 0800 061 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Associação de Poupança e Empréstimo (POUPEX)

Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Parte A - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902- Brasília/DF

PLANO ODONTOLÓGICO
CARTÃO PROPOSTA
ADESÃO DE DEPENDENTES



Bradesco Dental



**FUNDAÇÃO
HABITACIONAL
DO EXÉRCITO**

Tenho conhecimento de que a Fundação Habitacional do Exército - FHE (Estipulante) está apta a prestar-me esclarecimentos a respeito deste Plano, inclusive quanto a eventual necessidade de cumprimento de carências, se assim estiver previsto nas Condições Gerais.

Autorizo a Fundação Habitacional do Exército (FHE) a proceder ao desconto do(s) valor(es) devido(s) em meu contracheque referente à minha inclusão, bem como a de meus dependentes identificados acima, no Plano Privado de Assistência Odontológica contratado com a OdontoPrev S/A. Se por qualquer motivo o desconto em meu contracheque for interrompido, autorizo, desde já, que a(s) contribuição(ões) do Plano seja(m) debitada(s) em minha conta de Poupança POUPEX.

Estou ciente, também, de que minha inclusão e de eventuais dependentes no Plano não será possível se não houver margem consignável para o desconto relativo à minha participação, na data em que fizer opção por este Plano. Nenhuma responsabilidade caberá à FHE, por este motivo.

Tenho conhecimento de que as informações sobre o reajuste da contribuição do Plano estão previstas nas Condições Particulares deste contrato.

Declaro, ainda, que o produto acima está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S/A e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais deste Plano, que se encontra em poder do Estipulante, bem como do Manual de Orientações para Contratação de Planos de Saúde (MSP) - Odontológico.

Local e data

Assinatura