Dr. cartão
ASSISTÊNCIA FAMILIAR

CONTRATO DE ADESÃO AO CARTÃO DE BENEFÍCIOS

Pelo presente instrumento, de um lado a DR. CARTÃO ASSISTÊNCIA FAMILIAR, neste instrumento denominada de **CONTRATADA** e de outro lado o (a) contratante doravante denominado (a) **ASSOCIADO (A) TITULAR**, devidamente qualificado (a) na FICHA PROPOSTA DE ADESÂO, que fica fazendo parte integrante deste Contrato. Ambas representadas na forma da lei contratam entre si o disposto nas seguintes cláusulas, que reciprocamente aceitem e outorgam, por si e seus dependentes:

1- O OBJETO

1.1- A CONTRATADA se compromete a prestar ao associado (a) TITULAR, e ao (s) seus (s) dependente (s) inscrito (s) no seu contrato de adesão, o serviço de intermediação de acesso do (s) ASSOCIADOS (S) a rede privada de saúde e desconto em comercio em geral, através de agendamento, informações para atendimento na rede privada de prestadores particulares, serviços médicos, odontológicos e comercio em geral devidamente CONVENIADOS À CONTRATADA.

1.2- A CONTRATADA não garante e não se responsabiliza pelos serviços oferecidos e pelo pagamento das respectivas despesas.

1.3- A CONTRATADA é um cartão de descontos e tem como objetivo a função de intermediação consistente na concessão de descontos nos pagamentos efetuados diretamente pelo consumidor ao prestador, se este for credenciado à administradora.

1.4- O ASSOCIADO é portador do cartão de descontos, que lhe dará acesso a utilização dos serviços ora contratado através da central de atendimento via telefone, ou na sede, sendo o (a) associado (a) TITULAR o único responsável pelas obrigações assumidas nesse contrato, em especial pelo pagamento das mensalidades e pelos valores da utilização dos serviços dos CONVENIADOS DA CONTRATADA.

1.5- O ASSOCIADO receberá um único cartão físico, em seu nome. Os dependentes terão a carteirinha digital, sendo essa apresentada para utilizar o plano, acompanhado de outro documento com foto atual e legível.

1.6- Aos dependentes será assegurada a solicitação do cartão físico extra mediante solicitação formal e o pagamento do valor correspondente a R$ 8,00 (Oito reais) cada.

2- A FICHA DE PROPOSTA DE ADESÃO E DOS BENEFICIARIOS

A FICHA PROPOSTA DE ADESÃO é o formulário onde consta o número do contrato, a relação das pessoas inscritas como associados, bem como o termo de adesão onde o (a) ASSOCIADO (A) TITULAR assina e opta pelo cartão de descontos e benefícios, tomando ciência do valor e da data de vencimento das mensalidades.

2.1- São considerados associados, na qualidade de dependentes, todas as pessoas devidamente escritas na ficha de adesão do plano, escolhido pelo (a) associado (a) titular.

2.2- Somente poderão fazer uso dos serviços do presente contrato os ASSOCIADOS que estiverem devidamente escritos na FICHA PROPOSTA DE ADESÃO.

2.3- Com exceção do benefício descrito no item 6.1, a utilização será imediata dos benefícios na área da saúde, para tal deverá ser paga a taxa de adesão do plano.

3- AS MENSALIDADES E PAGAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Para ter acesso aos benefícios do plano aderido, o ASSOCIADO TITULAR concorda com efetuar o pagamento da taxa de adesão para fins de manutenção, pagamentos mensais e consecutivos na modalidade escolhida sem carência.

3.1- No caso de falecimento do (a) ASSOCIADO (A) TITULAR, a titularidade da adesão fica transferida automaticamente a um dos seus Dependentes Beneficiários, devendo ser obedecida a ordem de sucessão legal, mantendo-se os demais dependentes já escritos, independente do grau de parentesco com o novo titular.

4- A AREA DE ATUAÇÃO

Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, na cidade de Cascavel e região, e também nas localidades onde a CONTRATADA tiver uma de suas unidades e estabelecido rede conveniada, nas mesmas condições estabelecidas nesse instrumento.

5- O PRAZO E DA RECISAO DO CONTRATO

Digitalizado com CamScanner

Dr. cartão
ASSISTÊNCIA FAMILIAR

O Prazo de vigência é indeterminado, com permanência mínima de 12 (doze) meses, sendo renovável automaticamente, podendo ser rescindido desde que o titular venha pessoalmente ao escritório assinar o termo de cancelamento, e não exista nem uma pendência financeira, ou ainda por motivos de inadimplência.

5.1- O cancelamento terá multa equivalente de 30% do valor das mensalidades restantes caso ocorra antes do tempo de permanência mínima.

5.2 – Ocorrendo a inadimplência do ASSOCIADO, poderá a CONTRATADA comunicar aos órgãos de proteção ao credito, SPC, os débitos existentes em nome do (a) ASSOCIADO (A) TITULAR.

5.3- O ASSOCIADO declara estar ciente que após 24 (vinte e quatro) horas de vencimento não estará mais sendo atendido pelo plano de assistência.

5.4- Declara ainda estar ciente que, mesmo suspensa a cobertura por motivos de inadimplência, ainda assim serão devidas as mensalidades vencidas e vincenda, até que o mesmo quite os débitos e reative seu contrato ou proceda com a rescisão contratual e o pagamento total dos valores devidos até então.

6- OS BENEFICIOS

O ASSOCIADO(A) TITULAR declara conhecer todos os benefícios e limitações do plano oferecido pela CONTRADA, obrigando-se a dar ciência a todos os beneficiários por ele indicados na ficha de adesão.

6.1 – Além dos benefícios já contratados e expostos ao ASSOCIADO TITULAR, será assegurado exclusivamente a este, e não aos dependentes, ao benefício de R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) mediante a apresentação do atestado de óbito, acompanhado do documento que comprove o grau parentesco.

6.3- Especificamente para este benefício, e somente para o plano familiar, o beneficiário somente o fará jus respeitada a carência mínima de 4 (quatro) meses.

7- O FORO

Elegem as partes o foro e comarca de CASCAVEL - PR, para dirimir quaisquer divergências na aplicação deste contrato, renunciando a quaisquer outro por mais privilegiado que seja. Desta forma, justas e acordadas, as partes firmam este instrumento em duas vias de igual teor na presença das duas testemunhas abaixo.

CASCAVEL _____ de _____ de 20_____.

37.320.772/0001-10

BENEFICIÁRIO – CONTRATANTE

_____

DR. CARTÃO – ADMINISTRADOR

T. M. DE SOUZA APOIO ADMINISTRATIVO LTDA

RUA CASTRO ALVES, 1664 - EDIF. CENT. COM. 4
CENTRO CEP 85.801-150
CASCAVEL – PARANÁ

TESTEMUNHA 1

Nome:_____

Ass._____

TESTEMUNHA 2

Nome:_____

Ass:_____

Digitalizado com CamScanner