

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE – PLANO DE SAÚDE UNIMED

INTERMEDIÇÃO: SINDICATO DOS FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO ESTADO DO PIAUÍ – SINFITO/PI

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, filiado(a) ao Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado do Piauí – SINFITO/PI, **DECLARO**, para os devidos fins, estar ciente e de pleno acordo com as condições a seguir dispostas para adesão ao plano de saúde oferecido pela UNIMED, por meio de intermediação deste sindicato:

1. Reconheço que o pagamento das mensalidades do plano de saúde é de minha responsabilidade exclusiva, devendo ser realizado pontualmente, conforme os prazos estipulados nos boletos encaminhados pelo SINFITO/PI.
2. Declaro estar ciente de que o SINFITO/PI atua unicamente como intermediador junto à UNIMED, não assumindo qualquer responsabilidade por inadimplimentos, atrasos ou consequências decorrentes da falta de pagamento.
3. Estou ciente de que, em caso de inadimplência superior a 02 (dois) meses consecutivos, poderei ser automaticamente excluído(a) do plano de saúde e, por consequência, ter a prestação de serviço cessada, conforme as normas contratuais da operadora UNIMED.
4. Comprometo-me a comunicar formalmente ao SINFITO/PI qualquer solicitação de cancelamento da minha adesão ao plano de saúde, observando os prazos e procedimentos estabelecidos para tanto.

Por fim, declaro que li, compreendi e concordo com todos os termos aqui descritos, responsabilizando-me integralmente pelas obrigações financeiras e contratuais decorrentes da minha adesão ao referido plano de saúde.

Local e data: _____

Assinatura: _____