

TERMO DE ADESÃO E AUTORIZAÇÃO

A ABOJERIS, a ACEDIJUS/RS e o SINDJUSRS, a partir da parceria firmada com os SINDOJUS brasileiros via FOJEBRA, através da **ASCONSEG – Associação dos Consumidores de Seguros em Geral**, conquistaram acesso a um sistema de saúde inovador em nível nacional. O ineditismo do **SAF – Sistema de Assistência Familiar**, administrado pela **Neo Executiva Corretora de Seguros**, reside no fato de que as coberturas abrangem todo o Brasil, estando o produto disponível aos seus associados, mediante adesão e autorização para desconto consignado da mensalidade em folha de pagamento junto ao TJRS em favor da ACEDIJUS/RS ou da ABOJERIS, que são as responsáveis pela arrecadação.

Assim, os associados também terão à disposição, num único produto, os seguintes benefícios:

- cobertura de plano odontológico beta nacional (através da Odonto Empresas / Caixa Seguradora)
- seguro de vida por morte acidental no *valor de R\$20.000,00 (Sancor Seguros)
- auxílio funeral (Sancor Seguros)

O plano odontológico – beta (individual) cobre consultas, radiologia, cirurgia, endodontia, periodontia, e prótese (rol mínimo ANS), conforme condições dos limites contratuais estabelecidas pela Caixa Seguradora. O atendimento já está disponível em todo o Brasil, podendo ser utilizado a partir do primeiro dia útil do mês seguinte ao mês em que ocorrer o segundo pagamento do prêmio por parte do associado/segurado.

O seguro de vida cobre morte acidental do titular em todo o território nacional no valor de R\$20.000,00*, e de R\$ 10.000,00* em caso de morte acidental do cônjuge, bem como seguro por invalidez acidental no valor de R\$ 20.000,00* para o titular.

O Auxílio Funeral abrange o segurado principal, cônjuge e filhos até 21 anos. A Neo Executiva Corretora de Seguros oferece um canal direto para auxiliar os segurados pelos fones (51) 4007.27.06 e 3223-4234. Em caso de sinistro, o contato é pelo fone 0800 2000 393.

O custo total do presente Plano Familiar é de R\$ 29,90** por mês para o titular. Caso haja inclusão de dependentes no plano odontológico – beta, à mensalidade será acrescida de R\$20,90*** por dependente.

O prêmio mensal, sem burocracia, será debitado automático e mensalmente no contracheque do segurado titular através do canal de consignação da ACEDIJUS/RS junto ao TJRS, o que fica AUTORIZADO desde já pelo contratante/associado.

* Valores corrigíveis anualmente pelo IPCA.

** O prêmio do seguro de vida será atualizado anualmente com base em cálculos atuariais.

*** Valores corrigíveis anualmente pelo IPCA, considerados os índices de sinistralidade.

A adesão ao SAF e a inclusão de dependentes ocorre mediante contratação eletrônica, na modalidade “Li e Aceito”, sendo dispensada a assinatura das partes, ou ainda, pela impressão do presente requerimento/autorização – que está disponível na página web <http://www.acedijusrs.com.br/convenios> - que após preenchido, assinado e digitalizado seja assim enviado para qualquer um dos e-mails faturamento@neoexecutiva.com.br ou secretaria@abojeris.com.br ou acedijus.rs@gmail.com, ou pelos correios ou pessoalmente nas sedes da ABOJERIS (Rua Cel. Andrade Belo, 603, CEP 90.110-020, Porto Alegre/RS) ou da ACEDIJUS/RS (Av. Leandro de Almeida, 435, CEP 96.750-000, Butiá/RS).

Eu,, estado civil:,
profissão:, DN/...../....., ident. funcional nº, CPF nº:
...../...../..... -, e-mail:, fone fixo:
(), fone cel.: (.....), endereço:
....., nome da mãe:

..... pelo presente venho requerer ADESÃO ao **SAF – SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR** nos termos supra estabelecidos, para o qual AUTORIZO o débito da MENSALIDADE no meu contracheque através do canal de consignação da ACEDIJUS/RS junto ao TJRS, observado o período mínimo de doze meses de filiação, nos valores estabelecidos no Termo de Adesão e Autorização em epígrafe.

() Não incluo dependentes; OU

() Incluo _____ dependentes no **Plano Odontológico Beta** sob minha titularidade, conforme qualificação abaixo/anexo.

Porto Alegre, de de 20.....

Assinatura: _____
Associado/Segurado Titular



INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO PLANO ODONTOLÓGICO BETA

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Nome do Dependente:
DN/...../....., parentesco:, CPF nº:/...../..... -, nome da mãe:

Porto Alegre, de de 20.....

Assinatura: _____
Associado/Segurado Titular