

O presente termo é o aceite aos serviços do Benefício Família, na qual o mesmo ocorre quando ocorre o falecimento do usuário titular do contrato, há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde objeto deste contrato, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os usuários dependentes terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscrito, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contando da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

Não estão incluídos nestes benefícios os eventuais valores em coparticipação por procedimentos, cuja obrigação de pagamento pelos usuários subsistirá na forma e condições anteriores.

Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data de óbito, considera-se usuário dependente aquele aceite com tal no plano.

O direito ao BF também conferido ao nascituro, considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil.

Os usuários dependentes que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do usuário titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição quem permitisse seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito ocorrer após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

Perderá imediatamente o direito a este benefício o dependente que vier a perder sua condição de dependência estabelecida no contrato assistencial.

Este benefício fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, da certidão de óbito do usuário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos, ficam impedidos de gozar do benefício Família, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o usuário titular, salvo se houver continuidade nos pagamentos das mensalidades.

Os valores pagos, sob nenhuma hipótese, serão devolvidos.

Os cartões de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela identificação pessoal do Benefício Família.

O valor de pagamento mensal por beneficiário para ter direito ao seguro é de: **R\$4,80**

Uberlândia _____ de _____ de _____.

Contratante: _____

