

**ANABB**

Associação Nacional dos Funcionários do Banco do Brasil

ANS - nº 30194-9

**ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO**

Termo de Opção para o Plano Odontológico - Coletivo por Adesão

Dados da Instituição

Associação Nacional dos Funcionários do Banco do Brasil

odontoprev

Informe aqui seu plano atual

 Integral  Master  First Privilege 10Valor Total:  Privilege 20

Ação

 Alteração para o plano INTEGRAL Alteração para o plano MASTER Alteração para o plano Privilege 10\* Alteração para o plano Privilege 20\*\*O plano Privilege é exclusivo para beneficiários com residência comprovada em Brasília. Juntamente com o termo de adesão, deverá ser apresentado cópia de comprovante de residência a ser anexado ao termo. Inclusão de dependente  Exclusão de dependente**Dados do Associado / Beneficiário Titular (importante: os nomes devem ser inseridos por completo, sem abreviações)**

Nº Matrícula

Nome Completo

Data de Nascimento

 /  / 

Sexo

M  F 

Estado Civil

RG

Órgão Emissor

 - 

CPF

 - 

Nome completo da Mãe

Endereço residencial

Complemento

Bairro

Cidade

CEP

 - 

UF

E-mail

Telefone Residencial

Telefone Comercial

Celular

**Dados Bancários:**

Banco

Agência

Conta Corrente

A confirmação do débito junto ao BB deve ser feita por um dos canais a seguir: BB Internet Banking, Terminais de Autoatendimento BB e Central de Atendimento do BB.

**Dados dos Demais Beneficiários Vinculados / Dependentes (sem abreviações)**  
**(importante: somente para menores de 18 anos, será aceita a eventual indicação do RG/CPF do titular)**

<b>1.Nome Completo</b>	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe	RG	Órgão Emissor	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>2.Nome Completo</b>	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe	RG	Órgão Emissor	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>3.Nome Completo</b>	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe	RG	Órgão Emissor	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Termo de Opção para Inclusão no Plano Odontológico - Coletivo por Adesão**

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Contratante a proceder minha adesão, bem como de meu( s) Dependente( s) indicados nesta página, no Plano Odontológico operacionalizado pela OdontoPrev S.A., empresa com sede na Avenida Marcos Penteadado de Ulhôa Rodrigues, nº 939, 13ª andar - Tamboré, Barueri - São Paulo - CEP: 06460-040, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 58.119.199/0001-51, e na ANS sob n.º 301.949.

De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Manual do Beneficiário, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes:

- Os Beneficiários Dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de plano Odontológico por mim optado.
- Havendo a possibilidade, conforme a determinação da Contratante, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar.
- Deverei permanecer por um período mínimo de 12 (doze) meses da data da minha inclusão, ou de qualquer de meus Dependentes, no plano Odontológico, não podendo efetuar, nesse período, alteração para plano de menor cobertura.
- Tendo permanecido por 12 meses ou mais e solicitado a exclusão, caso no futuro, se desejar retomar, poderei fazê-lo solicitando então a minha inclusão e/ou de meus dependentes no mesmo plano ou em outro, a qualquer tempo, mediante anuência da OdontoPrev S.A. e o cumprimento de novo período de permanência.
- O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado anualmente com base na sinistralidade do período e na variação do IPC/FIPE.
- Perante a Contratante e perante terceiros, sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por qualquer de meus Dependentes.
- Declaro ter ciência, previamente à assinatura do presente Termo, quanto o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS, que está disponível em Condições Gerais e através do link <http://www.odontoprev.com.br/campanha/model/mps.pdf>
- Declaro estar ciente e concordar com o valor da mensalidade e critério de reajuste, rol de coberturas e abrangência de atuação deste plano.
- Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a OdontoPrev S.A, por meio do Disque OdontoPrev: 0800-7713455.
- Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto do Quadro Preambular supra, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.
- Estou ciente de que este Termo deve ser preenchido, assinado e remetido por correio para a ANABB.

I) Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

II) Para obter maiores informações sobre como os dados pessoais são tratados pela Odontoprev, consulte a nossa Política de Privacidade disponível para consulta em [www.odontoprev.com.br/home/portugues/politica-de-privacidade/index.xhtml](http://www.odontoprev.com.br/home/portugues/politica-de-privacidade/index.xhtml);

E para consultar as informações sobre como os dados pessoais são tratados pela ANABB, consulte a Política de Privacidade disponível para consulta no portal da ANABB: [www2.anabb.org.br/Portal/Home/PoliticaPrivacidade](http://www2.anabb.org.br/Portal/Home/PoliticaPrivacidade)

DECLARO QUE LI E CONCORDO COM TODO O CONTEÚDO DO TERMO.  
Sem mais, subscrevo-me,



\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Titular

