

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO E DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE.

USUARIO TITULAR / RESPONSÁVEL DO ODONTOPLANO METLIFE

NOME COMPLETO															DATA DE NASC				
INSTITUIÇÃO															DATA DE ADMISSAO				
FUNÇÃO																			
ENDEREÇO COMPLETO																			
															Nº. TEL:				
BAIRRO					CEP														
CPF					IDENTIDADE					UF:									
PIS					ESTADO CIVIL														
NOME DA MAE																			

DADOS DOS BENEFICIARIOS DEPENDENTES

NOME COMPLETO																			
CPF (Quando Maior de 18 anos)																			
PARENTESCO															DATA DE NASC				
NOME DA MAE																			
NOME COMPLETO																			
CPF (Quando Maior de 18 anos)																			
PARENTESCO															DATA DE NASC				
NOME DA MAE																			
NOME COMPLETO																			
CPF (Quando Maior de 18 anos)																			
PARENTESCO															DATA DE NASC				
NOME DA MAE																			
NOME COMPLETO																			
CPF (Quando Maior de 18 anos)																			
PARENTESCO															DATA DE NASC				
NOME DA MAE																			

Termo de Autorização para Desconto em Folha de Pagamento

Sirvo-me do presente para Autorizar a Empregadora _____ a minha inclusão e de meu(s) dependente(s) no Odontoplano MetLife, de livre adesão e com utilização exclusiva em rede credenciada.

Valor por dependente R\$ _____ (_____)

Valor total incluindo dependentes legais R\$ _____ (_____)

Declaro está ciente destas Informações e autorizo o desconto deste benefício em minha folha de pagamento e de que o período mínimo para permanência do titular e de seus dependentes é de 12 (doze meses) a contar da assinatura deste termo ou 12 meses após última utilização de meus dependentes.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Titular: _____
(nome completo e legível).

IMPORTANTE: Juntamente com a ficha de adesão é necessário manter cópia dos seguintes documentos: imprescindível cópia do CPF (ou PIS), ou carteira de identidade. Para esposo(a) cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável e CPF.

OBSERVAÇÕES:

- A participação para o titular é gratuita, uma vez que a instituição é responsável pelo pagamento do referido plano;
- O valor poderá ser alterado ou reajustado anualmente na data base da categoria e ou por força de negociação coletiva.
- Caso o titular descida permanecer no plano após seu desligamento da instituição empregadora, o mesmo deve manifestar-se dentro do mês de demissão junto a MetLife para sua permanência no plano. O titular assume integralmente o pagamento da mensalidade, diretamente com a MetLife, quando opta pela permanência. A partir deste momento, como o representado não é mais empregado na categoria, os valores serão acertados individualmente. O período de manutenção da condição de titular do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano odontológico como empregado na categoria. Salientamos que o titular perde o direito de permanência no plano odontológico quando da sua admissão em um novo emprego, que não seja pertencente a categoria.