

**DECLARAÇÃO DE OPÇÃO POR PRODUTO SEM COPARTICIPAÇÃO**

Declaro que optei pelo produto selecionado abaixo para mim (beneficiário titular) e meu(s) dependente(s)/agregado(s) eventualmente inscrito(s). Tenho ciência de que as características do produto constam no Contrato firmado.

II. DADOS DO PLANO CONTRATADO

Saúde sem Coparticipação			
Rede		Registro	Contrato
Alfa 2		467.667/12-0	Unimed Alfa 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
Beta 2		467.669/12-6	Unimed Beta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
Delta 2		467.671/12-8	Unimed Delta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
Ômega Plus		467.700/12-5	Unimed Ômega Plus - Individual ou Familiar - Versão 10/2016

Opcionais

☐ SOS Unimed ☐ Transporte Aeromédico

DESCONTO PROMOCIONAL

A UNIMED-RIO **concederá desconto promocional de 10% (dez por cento)** na contratação de produto sem coparticipação e abrangência nacional (Individual ou Familiar), **que incidirá única e exclusivamente sobre a mensalidade da assistência médica, aplicável da primeira até a sexta mensalidade** do produto objeto da Proposta Contratual. A partir da sétima mensalidade deverá ser pago o valor integral, **cessando por completo o desconto.**

Valores	Titular	1º Dep./Agr.	2º Dep./Agr.	3º Dep./Agr.	Subtotal
Valor Mensalidade (sem desconto promocional)					
Valor Mensalidade (com desconto promocional)					
Valor Opcionais					
Total Mensalidade (com desconto promocional)	Válido da 1ª até a 6ª mensalidade (Mensalidade Promocional + Opcionais)				
Total Mensalidade (sem desconto promocional)	Válido a partir da 7ª mensalidade (Mensalidade + Opcionais)				

Observação

Conforme previsto no contrato, o valor da mensalidade poderá ser reajustado por deslocamento de faixa etária. Caso esse reajuste seja aplicado durante o período promocional, o desconto incidirá no valor da mensalidade reajustada.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Contratante