

FICHA DE ADESÃO

AVISO: A solicitação de adesão ao plano e a validade desta proposta estão condicionados à análise e aprovação do Eletros-Saúde, ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.

ADESÃO AO PLANO ELETROS -SAÚDE (nome do plano):

Nome do Titular (nome completo sem abreviações):

Nome da Mãe do Titular (nome completo sem abreviações):

E-mail do Titular:

CPF:

Data de Nascimento: ____/____/____

ESTADO CIVIL: Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União Estável**Dados Bancários:**

Banco:

Agência/Dígito:

Conta Bancária/Dígito:

Carteira de Identidade:

Órgão Emissor:

CNS (Carteira Nacional de Saúde):

PIS/PASEP:

Endereço/Logradouro:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

País:

Telefone Residencial com DDD:
()Celular com DDD:
()Fax com DDD:
()**ENDEREÇO FUNCIONAL (PARA ATIVOS)**

Órgão:

Local:

Andar:

Telefone Funcional com DDD:
()

Ramal:

Matrícula Funcional:

DEPENDENTES

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Nome do Dependente (nome completo sem abreviações): | | | |
| Nome da Mãe (nome completo sem abreviações): | | | |
| CPF: | | E-mail para acesso à carteira digital: | |
| Parentesco: | Data de Nascimento: ____/____/____ | Telefone com DDD: () | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Nome do Dependente (nome completo sem abreviações): | | | |
| Nome da Mãe (nome completo sem abreviações): | | | |
| CPF: | | E-mail para acesso à carteira digital: | |
| Parentesco: | Data de Nascimento: ____/____/____ | Telefone com DDD: () | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Nome do Dependente (nome completo sem abreviações): | | | |
| Nome da Mãe (nome completo sem abreviações): | | | |
| CPF: | | E-mail para acesso à carteira digital: | |
| Parentesco: | Data de Nascimento: ____/____/____ | Telefone com DDD: () | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Nome do Dependente (nome completo sem abreviações): | | | |
| Nome da Mãe (nome completo sem abreviações): | | | |
| CPF: | | E-mail para acesso à carteira digital: | |
| Parentesco: | Data de Nascimento: ____/____/____ | Telefone com DDD: () | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |

DEPENDENTES (CONTINUAÇÃO):

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| Nome do Dependente (nome completo sem abreviações): | | | |
| Nome da Mãe (nome completo sem abreviações): | | | |
| CPF: | | E-mail para acesso à carteira digital: | |
| Parentesco: | Data de Nascimento: ____/____/____ | Telefone com DDD: () | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| Nome do Dependente (nome completo sem abreviações): | | | |
| Nome da Mãe (nome completo sem abreviações): | | | |
| CPF: | | E-mail para acesso à carteira digital: | |
| Parentesco: | Data de Nascimento: ____/____/____ | Telefone com DDD: () | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |

Exclusivos aos Planos Eletros-Saúde Assistidos e Eletros-Saúde Assistidos Essencial**AUTORIZAÇÃO:**

- () Autorizo o **Banco Santander** a debitar, na conta e agência mencionadas na presente Proposta, as importâncias correspondentes às mensalidades, à coparticipação e aos valores relativos à utilização indevida, comprometendo-me a manter saldo suficiente para essa finalidade, ficando isento aquele Banco de qualquer responsabilidade, multas ou acréscimos decorrentes da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data de vencimento.
- () Autorizo o Eletros-Saúde a debitar as importâncias correspondentes às mensalidades, à coparticipação e aos valores relativos à utilização indevida na folha de benefícios previdenciários (**vencimento somente dia 25**). **Esta opção não é válida para pensionistas, somente para Assistidos e caso haja margem na folha de benefícios previdenciários, verificada em consulta pela área responsável.**
- () Autorizo o Eletros-Saúde a emitir boleto bancário para fins de pagamento de mensalidades, coparticipações e valores relativos à utilização indevida.

Solicito a minha adesão, com data de início da cobertura assistencial em:

- () 01 do mês (cobrança integral)
() 10 (cobrança proporcional)
() 20 (cobrança proporcional)

Solicito o vencimento das mensalidades em: (somente para a opção de pagamento por boleto ou débito automático)

- () dia 05 (mês de competência de utilização)
() dia 25 (mês anterior à competência de utilização)

Declaração de validade das Informações prestadas

1. Declaro que a conta corrente informada para crédito dos reembolsos é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o Eletros-Saúde a efetuar o crédito na respectiva conta corrente. Estou ciente que para os créditos de reembolso a conta informada não pode ser **conta salário** e que qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada ao Eletros-Saúde.

As informações sobre alteração de dados bancários poderá ser feita por e-mail: **atendimento@eletrossaude.com.br**, anexando cópia de documento de comprovação da alteração ou pessoalmente na sede do Eletros-Saúde, de posse da **documentação pertinente**.

2. Documentos obrigatórios (anexar cópias):

Titular – Comprovante de Residência, Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Domicílio Bancário;

Cônjuge ou Companheiro – Certidão de Casamento ou União Estável, Carteira de Identidade, CPF e CNS (Carteira Nacional de Saúde);

Filho – Certidão de Nascimento, ou Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 25 anos;

3. Declaro para os devidos fins que tenho conhecimento do **Regulamento do Plano/Produto** e manifesto, neste ato, minha inteira concordância com os dispositivos nele constantes.

4. Exclusivo ao Plano Eletros-Saúde Assistidos Essencial: Os Hospitais Copa D'Or, Barra D'Or, Quinta D'Or, Niterói D'Or Pró-Cardíaco, Badim, Israelita e Casa de Saúde São José não fazem parte da rede credenciada do plano Eletros-Saúde Assistidos Essencial.

Transferências (Outros Planos/Seguros de Saúde): Sim Não

Caso SIM, anexar documentação e informar:

Nome do Plano:

Data de Início:

___/___/___

Data de Saída:

___/___/___

AVISO: O presente termo se tornará ineficaz na hipótese de nele constar qualquer declaração inverídica.

_____/_____/_____
Local e Data

Assinatura do Titular:

PARA USO DO ELETROS-SAÚDE

Assinatura

_____/_____/_____
Data