

**Termo de Adesão – Plano de Assistência à Saúde**

**IMPORTANTE:** Os dados preenchidos são de total responsabilidade do proponente titular, não tendo o Economus responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja ilegível, rasurado, incompleto/abreviado ou sem assinatura. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição.

\* campos obrigatórios

**Tipo de Inscrição\***

Titular                                       Titular e Dependente(s)                                       Dependente(s)

**Caso a adesão seja estendida ao dependente, favor preencher também o anexo II desta proposta para cada dependente inscrito no plano.**

**Solicito, neste ato, inscrição no Plano de Saúde conforme modalidade abaixo:\***

PLUS     PLUS II     BÁSICO BB     PAMC BB     BÁSICO FEAS     PAMC FEAS

**Dados do Proponente Titular**

Nome do Proponente Titular (sem abreviação) \*

Nome da Mãe (sem abreviação) \*

Matrícula*	CPF*	RG*	Órgão Emissor / UF*
Data de Nascimento*	Estado Civil*	Data de Admissão*	Data de Demissão*
PIS/ PASEP*	Nº. Benefício do INSS	Valor Bruto do INSS*	Início Aposentadoria INSS
Tipo de Beneficiário* <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Pensionista	Lotação	Sexo* <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nº. do Cartão do SUS

Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação) \*

Número*	Complemento	Bairro*	Município*	UF*
CEP*	Telefone Residencial* [ ]	Telefone Celular* [ ]	Telefone Comercial [ ]	

E-mail

**Dados do(s) Proponente(s) Dependentes (Favor observar o disposto no Art. 5º do regulamento do plano)**
**Dependente 1**

Nome do Proponente Dependente (sem abreviação)\*

Nome da Mãe (sem abreviação)\*

Sexo* <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	CPF*	RG*	Órgão Emissor / UF*
--	------	-----	---------------------

Data de Nascimento*		Estado Civil*		Grau de Parentenso*		Data da Adoção/Tutela	
Nº. da Declaração de Nascido Vivo (apenas para os nascidos a partir de 01/01/2010)						Nº. do Cartão do SUS	
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)*							
Número*		Complemento		Bairro*		Município*	
UF*							
CEP*		Telefone Residencial* [ ]		Telefone Celular* [ ]		Telefone Comercial [ ]	
E-mail							
<b>Dependente 2</b>							
Nome do Proponente Dependente (sem abreviação)*							
Nome da Mãe (sem abreviação)*							
Sexo* [ ] Feminino [ ] Masculino		CPF*		RG*		Órgão Emissor / UF*	
Data de Nascimento*		Estado Civil*		Grau de Parentenso*		Data da Adoção/Tutela	
Nº. da Declaração de Nascido Vivo (apenas para os nascidos a partir de 01/01/2010)						Nº. do Cartão do SUS	
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)*							
Número*		Complemento		Bairro*		Município*	
UF*							
CEP*		Telefone Residencial* [ ]		Telefone Celular* [ ]		Telefone Comercial [ ]	
E-mail							
<b>Dependente 3</b>							
Nome do Proponente Dependente (sem abreviação)*							
Nome da Mãe (sem abreviação)*							
Sexo* [ ] Feminino [ ] Masculino		CPF*		RG*		Órgão Emissor / UF*	
Data de Nascimento*		Estado Civil*		Grau de Parentenso*		Data da Adoção/Tutela	
Nº. da Declaração de Nascido Vivo (apenas para os nascidos a partir de 01/01/2010)						Nº. do Cartão do SUS	

Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)\*

Número*	Complemento	Bairro*	Município*	UF*
CEP*	Telefone Residencial* [ ]	Telefone Celular* [ ]	Telefone Comercial [ ]	
E-mail				

**DECLARAÇÃO**

Como beneficiário titular do plano de previdência complementar do Economus – Instituto de Seguridade Social declaro:

1. ter conhecimento do regulamento do Plano de Saúde acima indicado;
2. estar de acordo com todas as prerrogativas do Plano contratado;
3. ser responsável pelas inclusões solicitadas e correta utilização da carteira de beneficiário, bem como, por todas as despesas decorrentes de utilização do convênio, por parte de titular e dependentes.
4. ter ciência que no término do vínculo empregatício, a condição de beneficiário e de dependentes, resultará no pagamento integral da mensalidade, incluindo a parte que anteriormente era de responsabilidade patronal;
5. ter conhecimento que a mensalidade será de acordo com a tabela de faixa-etária vigente na época da cobrança;
6. que as informações contidas neste Termo são verdadeiras; que comunicarei, por escrito, alterações em meus dados cadastrais e de meus dependentes, no prazo de até 30 dias corridos do fato que as gerou.
7. que os dados pessoais constantes neste Termo, inclusive dados sensíveis e de crianças e adolescentes, serão tratados pelo Economus para a execução do contrato de adesão ao plano saúde e/ou para atendimento de exigências legais e/ou regulatórias; exercício regular de direitos na defesa em processos judiciais, administrativos ou arbitrais; atendimento aos legítimos interesses da entidade, respeitadas as expectativas, direitos e liberdades fundamentais dos titulares de dados; e demais finalidades descritas nas Políticas do Economus, disponíveis em [www.economus.com.br/lgpd](http://www.economus.com.br/lgpd) e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018).
8. ser responsável legal do(s) dependente(s) menores de idade acima indicado(s), nos termos do art. 14, § 1º, da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018) e autorizo sua inclusão no plano de saúde contratado, bem como o tratamento de seus dados pessoais, visando seu melhor interesse e em conformidade com a LGPD.

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo, na condição de titular, a cobrança das mensalidades/contribuições, coparticipações e franquias do plano acima indicado em folha de pagamento que compreende o grupo familiar inscrito, ou na impossibilidade de utilização desse meio, o desconto em conta corrente do Banco do Brasil S/A, agência\* nº \_\_\_\_\_, conta corrente\* nº \_\_\_\_\_ que me comprometo em autorizar junto a instituição bancária e deixar saldo suficiente para o pagamento da referida mensalidade.

\_\_\_\_\_  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proponente Titular