

Proposta de Adesão - Plano de Assistência à Saúde – NOVO FEAS

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)

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

Solicito, neste ato, a minha inscrição no Plano de Assistência à Saúde - NOVO FEAS, sob o registro nº. 469.503/13-8 junto à ANS, conforme segue:

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		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				

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 portal.economus.com.br/lgpd/ e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular

Anexo I da Proposta de Adesão - Plano de Assistência à Saúde – NOVO FEAS

* campos obrigatórios

Nome do Titular*	Matrícula*

DECLARAÇÃO

Como beneficiário titular do plano de previdência complementar do Economus Instituto de Seguridade Social declaro para os devidos fins que ao assinar a presente proposta, tomei conhecimento do regulamento do plano acima indicado, aceitando plenamente suas cláusulas e condições.

Declaro ainda:

1. ser conhecedor do conteúdo do Manual de Orientação para contratação do plano de saúde, do Guia de Leitura Contratual e ter sido esclarecido de que a carteira de identificação do plano, ficará disponível no APP e Área Restrita no site da Operadora, tão logo, eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros cadastrados.
2. estar ciente de que, para a validade do presente contrato, não posso ter dívidas não quitadas junto ao Economus, sob pena de cancelamento desta adesão ao plano acima indicado.
3. que estou obrigado a apresentar ao Economus, a qualquer momento em que me for exigido, num prazo de até 15 dias corridos a contar da data da solicitação, a documentação necessária para comprovar ou atualizar o vínculo de elegibilidade/parentesco por mim declarado nesta proposta, bem como entregar comprovante de pagamento de aposentadoria do INSS. Caso os documentos solicitados não sejam apresentados, isso pode acarretar o cancelamento imediato do plano ora contratado, por força de exigência da ANS.
4. que no caso de menor sob guarda, referida guarda decorre de tutela antecipada concedida em processo judicial de adoção, sendo equiparado a filho legítimo para fins de elegibilidade. Caso a tutela antecipada seja revogada, me obrigo a informar esse fato imediatamente ao Economus para cancelamento da inscrição do(s) beneficiário(s) no plano, sob pena de arcar com as penalidades previstas no regulamento do plano e os custos decorrentes da utilização indevida incorridos no período.
5. ser responsável pela correta utilização do(s) cartão(ões) de identificação disponíveis a mim e ao(s) meu(s) dependente(s) e, na hipótese de fraude ou utilização indevida, estou ciente que estou sujeito às penalidades previstas no regulamento do plano acima identificado.
6. que me responsabilizo, civil e criminalmente, pela fidedignidade das declarações que estão sendo prestadas nesta Proposta e na Declaração Pessoal de Saúde, especialmente, mas não exclusivamente, quanto às condições de elegibilidade exigidas pelo Plano de Assistência à Saúde – NOVO FEAS, obrigando-me a indenizar o Economus por quaisquer prejuízos financeiros gerados em virtude de eventual falsidade das informações aqui prestadas, bem como me comprometo a comunicar ao Economus, por escrito, as alterações em meus dados cadastrais e de meus dependentes, no prazo de 15 dias corridos a contar da data do fato gerador.
7. ser responsável por mim e pelo(s) dependente(s) inscrito(s) no plano, no tocante: **a)** Aos atos ou infrações praticadas; **b)** Às informações prestadas no momento da adesão; e **c)** Ao pagamento das mensalidades/contribuições, coparticipações e franquias, conforme as condições estabelecidas no regulamento do plano.
8. ter preenchido a Declaração Pessoal de Saúde, Anexo III dessa Proposta de Adesão, para cada beneficiário a ser inscrito no plano.
9. reconhecer que todos os valores que vierem a constituir obrigação de pagar a partir da presente adesão, nas condições dispostas no Regulamento, são desde já por mim reconhecidas como dívida líquida e certa.

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

Anexo II da Proposta de Adesão - Plano de Assistência à Saúde – NOVO FEAS

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 do(s) dependente(s).

* campos obrigatórios

Nome do Titular*	Matrícula*

Solicito, neste ato, inscrição do(a) dependente abaixo identificado(a) no Plano de Assistência à Saúde – NOVO FEAS, sob o registro nº. 469.503/13-8 junto à ANS, conforme segue:

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

Declaro 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.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular