

ASSISTÊNCIA MÉDICA - SULAMERICA SAUDE

EMPRESA: CONFIDENCE CAMBIO () TRAVELEX BANCO ()

Nome Completo:		
Data Nasc.:	Sexo: () Feminino () Masculino () Prefiro não declarar () Outro (especifique):	
CPF:	Data de Admissão:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
<input type="checkbox"/> Plano Clássico (Apartamento) – R\$ 591,70*		<input type="checkbox"/> Opto por incluir dependentes
<input type="checkbox"/> Plano Exato (Apartamento) – R\$ 571,83*		<input type="checkbox"/> Não Opto por incluir dependentes
<input type="checkbox"/> Plano Exato (Enfermaria) – R\$ 516,71*		<input type="checkbox"/> Exclusão de dependente (<input type="checkbox"/> Alteração de Plano)

Preenchimento obrigatório - Custo de mensalidade apenas para dependentes, titular não há mensalidade

DEPENDENTES						
Nome do Dependente	Nome da Mãe Dependente	RG	CPF dependente (Obrigatório)	Data do Evento (Nascimento/ Casamento)	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

RESUMO CONTRATUAL E TERMO DE CONSENTIMENTO DADOS PESSOAIS DE SAÚDE – PLANO DE SAÚDE

Para novas inclusões no seguro saúde, o colaborador terá 20 dias corridos a contar da data do evento (admissão, casamento, contratos de vida comum, nascimento, adoção, etc.) para inclusão sem carências contratuais.

A mensalidade do dependente e coparticipação é custeada 100% pelo colaborador descontado em folha de pagamento, mais coparticipação de utilização.

Em caso de afastamento, os descontos dos dependentes ocorrerão normalmente.

Dependentes elegíveis ao plano: cônjuge ou companheiro (a) e filhos.

Limite de idade para permanência no plano de filho (a):

- Até completar 18 anos de idade ou até 24 anos de idade se estiver em curso universitário (apresentar comprovante de matrícula a cada semestre), salvo idade Indeterminada se declarado inválido pelo INSS.

A cobrança da mensalidade do primeiro mês será o valor proporcional (pro rata);

Em caso de desligamento, o plano médico será excluso de forma imediata, conforme Lei n.º 9.656/98 - planos coletivos com mensalidade para o titular custeados integralmente pela empresa (salvo exceções definidas em acordo coletivo da categoria);

Autorizo a empresa ter acesso aos meus dados de utilização do plano de saúde, tais como, mas sem limite, os tipos de atendimento, exames, procedimentos, especialidades, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), coparticipação, entre outras informações. O acesso aos dados tem como objetivo permitir que a Travelex Confidence possa analisar e estruturar programas de cuidados à saúde dirigidos aos seus colaboradores e dependentes, promovendo o bem-estar individual e coletivo.

Local, _____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Funcionário

