

Termo de Adesão ao Plano Saúde GNDI

- a) Declaro ter recebido as informações relativas à inclusão ao Novo Seguro Saúde ofertado pela empresa **GLOBALWEB** e, estou ciente das documentações necessárias para inclusão sem carência dentro do prazo de Admissão, Nascimento ou Casamento;
- b) Declaro que estou ciente também que, após 30 dias da minha Admissão/Nascimento/Casamento caso queira aderir ao plano, terei que cumprir as carências contratuais, tais como: **24h Urgência/Emergência; 30 dias Consultas e Exames Básicos; 180 dias Exames, Procedimentos Especiais e Internações; 300 dias para Parto e 24 meses para Doenças e Lesões Pré Existentes, caso exista;**
- c) Declaro que fui informado que posso incluir no meu plano Saúde apenas dependentes diretos: cônjuge e filhos;
- d) Declaro que sou responsável pela entrega da minha documentação e dos meus dependentes junto com o formulário devidamente preenchido e assinado e, a falta da documentação necessária resultará pendência, impossibilitando minha adesão e/ou dependentes ao plano de Saúde e;
- e) Declaro estar ciente que meu plano Saúde não fornece cartão físico, apenas virtual pelo Aplicativo GNDI Easy, disponível no APP Store e Google play.

Documentação necessária para inclusão (Cópia legível).

PARA TITULAR	PARA DEPENDENTE
Ficha Registro RG ou CNH (frente e verso) CPF	RG ou CNH (frente e verso), filhos menores certidão nascimento CPF Certidão de casamento ou União Estável para Cônjuge

Preencher todos os campos de forma legível, sem abreviações e rasuras

Nome Completo TITULAR :		
CPF:	Data Nascimento:	sexo: F () M ()
Nome da mãe:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:	email:	
Telefone:	Estado Civil:	Dt. Admissão:

Titular

() **NÃO** tenho interesse no Plano de Saúde

() **SIM** tenho interesse no Plano de Saúde

Dependentes

() **NÃO** irei incluir dependente (s).

() **SIM** irei incluir meu (s) dependente (s).

Ciente do meu plano de adesão e dos meus dependentes é o **ADVANCE 600 CE APT COP – R\$ 346,28.**

DEPENDENTE 1			
Nome Completo:			
CPF:	Parentesco:	Dt. Nasc:	
Nome da mãe:		Estado Civil:	Sexo: () F () M

DEPENDENTE 2			
Nome Completo:			
CPF:	Parentesco:	Dt. Nasc:	
Nome da mãe:		Estado Civil:	Sexo: () F () M

DEPENDENTE 3			
Nome Completo:			
CPF:	Parentesco:	Dt. Nasc:	
Nome da mãe:		Estado Civil:	Sexo: () F () M

DEPENDENTE 4			
Nome Completo:			
CPF:	Parentesco:	Dt. Nasc:	
Nome da mãe:		Estado Civil:	Sexo: () F () M

DEPENDENTE 5			
Nome Completo:			
CPF:	Parentesco:	Dt. Nasc:	
Nome da mãe:		Estado Civil:	Sexo: () F () M

Assinatura Colaborador: