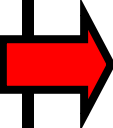


ATENÇÃO: Leia



- 1 - É OBRIGATÓRIO o preenchimento do formulário
- 2 - É OBRIGATÓRIA a apresentação de cópias de documentos (matrícula na patrocinadora, comprovante de residência, etc.)
- 3 - É OBRIGATORIA a apresentação de documento de comprovação de vínculo empregatício ou de aposentadoria/pensão.

Formulário incompleto, incorreto ou sem cópias de documentos não será aceito.

Atente para as exigências de preenchimento e cópias de documentos.

Informe aqui a sua matrícula na Patrocinadora.
Ela pode ser obtida junto ao RH da empresa (se você é empregado) ou junto ao fundo de pensão (ELOS ou PREVIG) se você já é aposentado ou pensionista.

Informe o plano desejado – Empregados e dependentes elegíveis na empresa: - Engie Solar – Informe “Plano TBEL” - Elos – Informe “Plano ELOS” – Elosaúde – Informe “Plano ELOSAU” e Previg - informe “Plano PREVIG”.

Aposentados/Pensionistas Elos e Previg ou dependentes não elegíveis nas Patrocinadoras: PLANOS MÉDICOS - Plano Perfil ou Plano E; PLANOS ODONTOLÓGICOS - Plano B ou Plano C;

Indique com “X” uma ou mais opções.

TITULAR	NOME (por extenso)		MATRÍCULA NA PATROCINADORA		DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO () M () F
	CPF		EMPRESA PATROCINADORA		PLANO (S)		
	NOME DA MÃE (Por extenso)		NOME DO PAI (por extenso)				
	CEP	ENDEREÇO	COMPLEMENTO				
	NÚMERO	BAIRRO	CIDADE		UF		
	FONE () ()	CELULAR () ()	E-MAIL				
	NOME DO BANCO		NÚMERO DA AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA	TIPO DA CONTA () Conta Corrente () Poupança		

Informe de qual empresa patrocinadora você é **empregado** (Engie Solar, Elos, Previg ou Elosaúde).
Se você é **aposentado ou pensionista**, informe o fundo de pensão (Elos ou Previg).

Informe apenas conta corrente ou conta poupança (Não pode ser informada conta exclusivamente destinada ao recebimento de salário).

DEPENDENTES DE DEPENDENTE (S)

NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)		DATA DE NASCIMENTO		EST. CIVIL	SEXO () M () F
CPF	NATURALIDADE (LOCAL DE NASCIMENTO)	PARENTESCO		PLANO (S)	
NOME DA MÃE (Por extenso)		NOME DO PAI (por extenso)			

NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)		DATA DE NASCIMENTO		EST. CIVIL	SEXO () M () F
CPF	NATURALIDADE (LOCAL DE NASCIMENTO)	PARENTESCO		PLANO (S)	
NOME DA MÃE (Por extenso)		NOME DO PAI (por extenso)			

NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)		DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO ()M ()F
CPF	NATURALIDADE	PLANO (S)		
NOME DA MÃE (Por extenso)				
NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)		DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO ()M ()F
CPF	NATURALIDADE	PLANO (S)		
NOME DA MÃE (Por extenso)				

Informe o plano desejado – Dependentes elegíveis na empresa: Engie Solar – Informe “Plano TBEL” - Elos – Informe “Plano ELOS” – Elosaúde – Informe “Plano ELOSAU” e Previg - informe “Plano PREVIG”.

Dependentes não elegíveis nas Patrocinadoras ou Dependentes de Aposentados/Pensionistas:
 PLANOS MÉDICOS - Plano Perfil ou Plano E;
 PLANOS ODONTOLÓGICOS - Plano B ou Plano C;

AUTORIZAÇÃO DE PROCESSAMENTO E DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO/BENEFÍCIOS

Autorizo a ELOSAÚDE, em decorrência do processo ora deflagrado, a proceder com as providências necessárias à sua efetivação, inclusive no que diz respeito ao desconto em folha de pagamento da patrocinadora à qual sou vinculado (Fundação ELOS, Previg Sociedade de Previdência Complementar e Engie Geração Solar Distribuída S.A.). Comprometo-me a bem cumprir com todas as obrigações decorrentes desse processo, tendo conhecimento prévio de que as cobranças serão remetidas prioritariamente para desconto em folha de pagamento. Caso não seja possível a quitação de meus compromissos financeiros junto à ELOSAÚDE (mensalidades e/ou coparticipações) por meio do desconto em folha de pagamento, o farei por meio do pagamento de boleto de cobrança, que será pago na rede bancária ou, ainda, por outro meio disponibilizado pela ELOSAÚDE.

INFORMAÇÕES SOBRE REGRAS DOCUMENTAIS E CONDIÇÕES CADASTRAIS

- Estou ciente de que as **solicitações de inclusão que não estejam acompanhado de cópias** dos documentos pessoais - CPF e RG ou Identidade de Estrangeiro (maiores de idade), CPF, registro de nascimento (menores de idade) ou declaração de nascidos vivos (recém-nascidos) – e/ou outros documentos para fins de análise para aproveitamento de carências (quando for o caso), **não serão aceitas pela ELOSAÚDE**;
- Tenho conhecimento dos prazos de emissão e envio do cartão do plano (até 30 dias contados da data de adesão);
- Estou ciente dos prazos de processamento cadastral e ativação do plano, os quais estão relacionados ao início de vigência, contagem de carências, direitos, coberturas e obrigações;
- Estou ciente de que é de minha inteira responsabilidade manter atualizados meus dados bancários e cadastrais junto à ELOSAÚDE.

DECLARAÇÃO

- Declaro que todas as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade;
- Declaro que recebi, no ato da inscrição, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e que tenho conhecimento de que o mesmo documento está disponível no site da ELOSAÚDE.
- Declaro ser conhecedor do Regulamento do plano ELOSAÚDE (também disponível no site da ELOSAÚDE), que ora recebo e com o qual estou de acordo, sujeitando-me às suas regras e normas.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO TITULAR DO PLANO
_____ / _____ / _____	_____

Protocolo:	Para uso da ELOSAÚDE:
	Visto do digitador: _____