

## SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES

### Dados cadastrais do titular

NOME DO TITULAR (por extenso)	MATRÍCULA ELOSAUDE
-------------------------------	--------------------

### Indicação do Responsável Financeiro pelo plano

RESPONSÁVEL FINANCEIRO ( ) Titular ( ) Outro: _____	MATRÍCULA ELOSAUDE
--	--------------------

### ➡ ATENÇÃO ←

- O campo **“Matrícula na Patrocinadora”** é obrigatório para dependentes que estejam sendo incluídos nos planos das Patrocinadoras **Eletrosul, Engie (EBE) e Pampa** (dependentes elegíveis);
- Nos planos das demais Patrocinadoras (Elos, Previg e Engie Solar) e nos planos de pré-pagamento (pagamentos mensais) **não há obrigatoriedade** de informação da matrícula do dependente;
- Para inclusões nos planos de pré-pagamento (pagamentos mensais) deve ser informado o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e coparticipações, podendo ser o **titular** ou **outro beneficiário que já esteja inscrito no plano nesta condição de responsável financeiro**;
- Para nomear um dependente como responsável financeiro, utilize o formulário específico para esse fim.

### Dados cadastrais do(s) dependente(s)

NOME DO DEPENDENTE			
PARENTESCO COM O TITULAR	DATA DE NASCIMENTO / /	PLANO(S)	MATRÍCULA NA PATROCINADORA
CPF	NATURALIDADE (local de nascimento)		SEXO ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE (Por extenso)			
NOME DO PAI (Por extenso)			

NOME DO DEPENDENTE			
PARENTESCO COM O TITULAR	DATA DE NASCIMENTO / /	PLANO(S)	MATRÍCULA NA PATROCINADORA
CPF	NATURALIDADE (local de nascimento)		SEXO ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE (Por extenso)			
NOME DO PAI (Por extenso)			

NOME DO DEPENDENTE			
PARENTESCO COM O TITULAR	DATA DE NASCIMENTO / /	PLANO(S)	MATRÍCULA NA PATROCINADORA
CPF	NATURALIDADE (local de nascimento)		SEXO ( ) M ( ) F
NOME DA MÃE (Por extenso)			
NOME DO PAI (Por extenso)			

**REGRAS INCIDENTES SOBRE DEPENDENTES E RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, bem como o grupo familiar a ele vinculado, são conhecedores e estão integralmente sujeitos e de acordo com o regulamento do plano em que ora aderem;
- Conforme determinação legal o **TITULAR** é a garantia de vínculo dos demais beneficiários ao plano, portanto, havendo cancelamento de seu plano - *independentemente do motivo* – será automaticamente cancelado o plano dos beneficiários a ele vinculados (*mesmo que estes estejam em dia com suas obrigações perante à ELOSAÚDE*);
- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** assume, para todos os fins de direito, as obrigações financeiras relativas a mensalidades e coparticipações, por si e dependentes a ele vinculados e autoriza a ELOSAÚDE a tomar todas as medidas legalmente aplicáveis, no sentido de recuperar pendências financeiras oriundas desse plano;
- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** declara estar ciente de que as cobranças mensais serão emitidas por boleto bancário, e que é sua inteira responsabilidade contatar a ELOSAÚDE em tempo hábil para pagamento, caso não receba o referido boleto até a data de vencimento, sob pena de, em não o fazendo, sofrer as sanções regulamentares aplicáveis;
- Exclusões de beneficiários, alterações cadastrais e solicitações de 2<sup>as</sup> vias de cartões serão aceitas mediante **solicitação por escrito, feita pelo TITULAR do plano**;
- O pagamento de **REEMBOLSOS**, se e quando for o caso (de acordo com previsões regulamentares) deverá ser feito em conta corrente do titular ou do responsável financeiro, conforme indicado acima (campo **Reembolsos**).

**CIÊNCIA SOBRE REGRAS DOCUMENTAIS E CONDIÇÕES CADASTRAIS**

- Estamos cientes de que o **pedido de filiação que não esteja acompanhado de cópias** dos documentos pessoais - CPF e RG ou Identidade de Estrangeiro (maiores de idade), CPF e registro de nascimento (menores de idade), bem como documentos de comprovação de parentesco, **não será aceito pela ELOSAÚDE**;
- Temos conhecimento dos prazos de emissão e envio do cartão do plano (até 30 dias contados da data de adesão);
- Estamos cientes de que é de inteira responsabilidade do **TITULAR** do plano manter atualizados os dados bancários e cadastrais ora informados à ELOSAÚDE.

**DECLARAÇÃO DO TITULAR**

- Declaramos que recebemos, no ato da inscrição, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.
- Declaramos ser conhecedores do Regulamento do plano ao qual se relaciona o presente pedido de adesão, regulamento este que nos foi disponibilizado neste ato e com o qual estamos de acordo, sujeitando-nos às suas regras e normas.
- Declaramos, por fim, que as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e de nossa inteira responsabilidade;



**Local e Data:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Financeiro

Para uso da Elosaúde:

PROTOCOLO ELOSAÚDE

Visto do digitador: \_\_\_\_\_