

Termo de Adesão - Planos de Saúde**Tipo de Inscrição** TITULAR DEPENDENTE(S)**Solicito, neste ato, inscrição no Plano de Saúde conforme modalidade abaixo:** PLUS PLUS II BÁSICO BB PAMC BB BÁSICO FEAS PAMC FEAS ECOSAÚDE**Dados do titular**

Nome Titular sem abreviação

Matrícula	CPF	RG		
Data Nascimento	Estado Civil	Data Admissão	Data Demissão	
Tipo de Beneficiário <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Assistido	Lotação	Número do Cartão SUS		
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc)				
Número	Complemento (Apto, Sala, Bloco, etc)	Bairro	Município	UF
CEP	Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	Ramal
E-Mail Pessoal		E-Mail Corporativo		

Dados dos Dependentes (conforme item Inscrição de Dependentes nos Regulamentos dos Planos de Saúde)**1. Nome Dependente sem abreviação**

Nome da Mãe sem abreviação

Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	CPF	RG	Grau de Parentesco	
Data Nascimento	Número da Declaração de Nascido Vivo (apenas para nascidos a partir de 01/01/2010)		Número Cartão SUS	
Tipo de Dependente	E-Mail Pessoal	E-Mail Corporativo		
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc)				
Número	Complemento (Apto, Sala, Bloco, etc)	Bairro	Município	UF
CEP	Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	

2. Nome Dependente sem abreviação

Nome da Mãe sem abreviação

Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	CPF	RG	Grau de Parentesco	
Data Nascimento	Número da Declaração de Nascido Vivo (apenas para nascidos a partir de 01/01/2010)		Número Cartão SUS	
Tipo de Dependente	E-Mail Pessoal	E-Mail Corporativo		
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc)				
Número	Complemento (Apto, Sala, Bloco, etc)	Bairro	Município	UF
CEP	Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	

Economus Instituto de Seguridade Social

Rua Quirino de Andrade, 185 – Centro – São Paulo - SP – CEP 01049-902

Telefone: 0800-014-7000 - e-mail: atendimento@economus.com.br

3. Nome Dependente sem abreviação

Nome da Mãe sem abreviação				
Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	CPF	RG	Grau de Parentesco	
Data Nascimento	Número da Declaração de Nascido Vivo (apenas para nascidos a partir de 01/01/2010)		Número Cartão SUS	
Tipo de Dependente	E-Mail Pessoal		E-Mail Corporativo	
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc)				
Número	Complemento (Apto, Sala, Bloco, etc)	Bairro	Município	UF
CEP	Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	

4. Nome Dependente sem abreviação

Nome da Mãe sem abreviação				
Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	CPF	RG	Grau de Parentesco	
Data Nascimento	Número da Declaração de Nascido Vivo (apenas para nascidos a partir de 01/01/2010)		Número Cartão SUS	
Tipo de Dependente	E-Mail Pessoal		E-Mail Corporativo	
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc)				
Número	Complemento (Apto, Sala, Bloco, etc)	Bairro	Município	UF
CEP	Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	

2

Declaração

Como beneficiário titular do plano de previdência complementar do Economus – Instituto de Seguridade Social declaro:

- 1) Ter conhecimento do regulamento do Plano de Saúde acima indicado;
- 2) Estar de acordo com todas as prerrogativas do Plano contratado;
- 3) Ser responsável pelas inclusões solicitadas e correta utilização da carteira de beneficiário, bem como, por todas as despesas decorrentes de utilização do convênio, por parte de titular e dependentes.
- 4) Ter ciência que no término do vínculo empregatício, a condição de beneficiário e de dependentes, resultará no pagamento integral da mensalidade, incluindo a parte que anteriormente era de responsabilidade patronal;
- 5) Ter conhecimento que a mensalidade será de acordo com a tabela de faixa-etária vigente na época da cobrança;
- 6) Que as informações contidas neste Termo são verdadeiras; que comunicarei, por escrito, alterações em meus dados cadastrais e de meus dependentes, no prazo de 30 dias corridos do fato que as gerou.

Portanto, na condição de titular, autorizo a cobrança dos valores devidos em folha de pagamento, ou na impossibilidade de utilização desse meio, o desconto por débito em conta corrente. C/C _____ - Agência No. _____.

Local/Data

Assinatura do titular

Obs.: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo o Instituto responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou incompleto. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição de dependentes.

Economus Instituto de Seguridade Social

Rua Quirino de Andrade, 185 – Centro – São Paulo - SP – CEP 01049-902

Telefone: 0800-014-7000 - e-mail: atendimento@economus.com.br