

Termo de Adesão – Plano de Assistência à Saúde – Ecosaúde III

IMPORTANTE: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do proponente titular, não tendo o Economus responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja ilegível, rasurado, incompleto/abreviado ou sem assinatura. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição.

* campos obrigatórios

Tipo de Inscrição* Titular Titular e Dependente(s)

Caso a adesão seja estendida ao dependente, favor preencher também o anexo II desta proposta para cada dependente inscrito no plano.

Solicito, neste ato, inscrição no Plano de Saúde Ecosaúde III, registrado na ANS sob o nº 487.622/20-9, conforme segue:

Dados do Proponente Titular**Nome do Proponente Titular** (sem abreviação)***Nome da Mãe** (sem abreviação)***Matrícula*****CPF*****RG*****Órgão Emissor / UF*****Data de Nascimento*****Estado Civil*****Data de Admissão*****Data de Demissão*****Tipo de Beneficiário*** Aposentado(a) Pensionista**Sexo*** Feminino Masculino**Nº. do Cartão do SUS****Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)*****Número*****Complemento****Bairro*****Município*****UF*****CEP*****Telefone Residencial***

[]

Telefone Celular*

[]

Telefone Comercial

[]

E-mail

Os dados pessoais constantes neste Termo, inclusive dados sensíveis e de crianças e adolescentes, serão tratados pelo Economus para a execução do contrato de adesão ao plano saúde e/ou para atendimento de exigências legais e/ou regulatórias; exercício regular de direitos na defesa em processos judiciais, administrativos ou arbitrais; atendimento aos legítimos interesses da entidade, respeitadas as expectativas, direitos e liberdades fundamentais dos titulares de dados; e demais finalidades descritas nas Políticas do Economus, disponíveis em portal.economus.com.br/lgpd/ e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDADE (Parentesco do(s) dependente(s) em relação ao Titular. Favor observar o disposto no Art. 5º do Regulamento do plano)

1 – Próprio (Participante Titular)	3 – Companheiro(a)	5 – Tutelado(a)	7 – Enteadado(a)
2 – Cônjuge	4 – Filho(a)	6 – Curatelado(a)	8 – Menor sob guarda

Dados do(s) Proponente(s) Dependentes (Favor observar o disposto no Art. 5º do regulamento do plano)
Dependente 1
Nome do Proponente Dependente (sem abreviação)*
Nome da Mãe (sem abreviação)*

Sexo* [] Feminino [] Masculino	CPF*	RG*	Órgão Emissor / UF*
Data de Nascimento*	Estado Civil*	Grau de Parentenso*	Data da Adoção/Tutela

Nº. da Declaração de Nascido Vivo (apenas para os nascidos a partir de 01/01/2010)
Nº. do Cartão do SUS
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)*

Número*	Complemento	Bairro*	Município*	UF*
CEP*	Telefone Residencial* []	Telefone Celular* []	Telefone Comercial []	

E-mail
Dependente 2
Nome do Proponente Dependente (sem abreviação)*
Nome da Mãe (sem abreviação)*

Sexo* [] Feminino [] Masculino	CPF*	RG*	Órgão Emissor / UF*
Data de Nascimento*	Estado Civil*	Grau de Parentenso*	Data da Adoção/Tutela

Nº. da Declaração de Nascido Vivo (apenas para os nascidos a partir de 01/01/2010)
Nº. do Cartão do SUS
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)*

Número*	Complemento	Bairro*	Município*	UF*
----------------	--------------------	----------------	-------------------	------------

CEP*	Telefone Residencial* []	Telefone Celular* []	Telefone Comercial []
E-mail			

Dependente 3				
Nome do Proponente Dependente (sem abreviação)*				
Nome da Mãe (sem abreviação)*				
Sexo* [] Feminino [] Masculino	CPF*	RG*	Órgão Emissor / UF*	
Data de Nascimento*	Estado Civil*	Grau de Parentesco*	Data da Adoção/Tutela	
Nº. da Declaração de Nascido Vivo (apenas para os nascidos a partir de 01/01/2010)			Nº. do Cartão do SUS	
Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)*				
Número*	Complemento	Bairro*	Município*	UF*
CEP*	Telefone Residencial* []	Telefone Celular* []	Telefone Comercial []	
E-mail				

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que tomei conhecimento do regulamento do plano Ecosaúde III, aceitando plenamente suas cláusulas e condições gerais, prazos de carência, área de cobertura geográfica e a limitação da cobertura assistencial vinculada ao Rol de Procedimentos editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), declarando o pleno conhecimento e assumindo integral responsabilidade por esta declaração.

Declaro ainda:

1. ser responsável legal do(s) dependente(s) menores de idade acima indicado(s), nos termos do art. 14, § 1º, da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018) e autorizo sua inclusão no plano de saúde contratado, bem como o tratamento de seus dados pessoais, visando seu melhor interesse e em conformidade com a LGPD;
2. estar ciente de que, para a validade do presente contrato, não posso ter dívidas junto ao Economus, sob pena de cancelamento deste Termo de Adesão ao plano Ecosaúde III;
3. ser conhecedor do conteúdo do Manual de Orientação para contratação do plano de saúde, e ter sido esclarecido pela Operadora que o Guia de Leitura Contratual será enviado a mim, juntamente com a carteira de identificação do plano, tão logo, tenha sido aceito e meu registro e de meus dependentes cadastrado;
4. estar ciente de que o regulamento do plano poderá ser alterado a qualquer tempo, sempre de acordo com a legislação vigente e a critério do Economus;
5. que estou obrigado a apresentar ao Economus, a qualquer momento em que me for exigido, num prazo de até 15 dias corridos a contar da data da solicitação, a documentação necessária para comprovar ou atualizar o vínculo de elegibilidade/parentesco/dependente por mim declarado neste Termo. Caso os documentos solicitados não sejam apresentados, isso pode acarretar o cancelamento imediato do plano ora contratado, por força de exigência da ANS;
6. que no caso de menor sob guarda, a referida guarda decorre de tutela antecipada concedida em processo judicial de adoção, sendo equiparado a filho legítimo para fins de elegibilidade. Caso a tutela antecipada seja revogada, me obrigo a informar esse fato imediatamente ao Economus para cancelamento da inscrição do beneficiário no plano sob a pena de arcar com as sanções previstas no regulamento do plano e os custos decorrentes da utilização indevida no período;
7. que me comprometo a comunicar ao Economus, por escrito e por meio de documentos, as alterações em meus dados cadastrais e de meus dependentes, no prazo de 15 dias corridos a contar da data do fato gerador;

8. ser responsável pela correta utilização do cartão de identificação entregue a mim e aos meus dependentes. Na hipótese de fraude ou utilização indevida, estou ciente que fico sujeito às penalidades previstas no regulamento do plano;
9. que me responsabilizo, civil e criminalmente, pela fidedignidade das declarações que estão sendo prestadas neste Termo de Adesão e na Declaração Pessoal de Saúde, especialmente, mas não exclusivamente, quanto às condições de elegibilidade exigidas pelo Plano de Assistência à Saúde – Ecosaúde III, obrigando-me a indenizar o Economus por quaisquer prejuízos financeiros gerados em virtude de eventual falsidade das informações aqui prestadas;
10. reconhecer que todos os valores que vierem a constituir obrigação de pagar, nas condições dispostas no regulamento, são desde já por mim entendidos como dívida líquida e certa;
11. 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;
12. estar ciente de que o valor da mensalidade poderá ser reajustado para fins de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, atuarial do plano, conforme os termos previstos no regulamento;
13. ter preenchido a Declaração Pessoal de Saúde - DPS, para mim e cada beneficiário a ser inscrito no plano Ecosaúde III;
14. ser responsável por mim e pelos(s) dependente(s) inscritos(s) no plano Ecosaúde III, no tocante: (i) aos atos ou infrações praticadas; (ii) às informações prestadas no momento da adesão; e (iii) ao pagamento das mensalidades e coparticipações, conforme as condições estabelecidas no regulamento do plano Ecosaúde III; e
15. que renuncio a minha inscrição e de meu(s) dependente(s) no(s) plano(s) anteriormente inscrito(s), ficando vinculados tão somente no plano Ecosaúde III.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, na condição de titular, a cobrança das mensalidades/contribuições, coparticipações e franquias do plano acima indicado em folha de pagamento que compreende o grupo familiar inscrito, ou na impossibilidade de utilização desse meio, o desconto em conta corrente do Banco do Brasil S/A, agência* nº _____, conta corrente* nº _____ que me comprometo em autorizar junto a instituição bancária e deixar saldo suficiente para o pagamento da referida mensalidade.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular