

FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES

1 – Dados do(a) Titular

Nome completo do(a) Titular		Matrícula
CPF	E-MAIL	

2 – Dados dos Dependentes

1	Nome completo				Parentesco	
	Nome social				Cns	
	Sexo	Gênero	Data de Nascimento	CPF	RG	Orgão Exp/UF
	Nome completo da Mãe			Nome Completo do Pai		
2	Nome completo				Parentesco	
	Nome social				Cns	
	Sexo	Gênero	Data de Nascimento	CPF	RG	Orgão Exp/UF
	Nome completo da Mãe			Nome Completo do Pai		

3 – Opção de plano

Fachesf Saúde Premium

Fachesf Saúde Especial

Fachesf Saúde Padrão

Fachesf Saúde Básico

Fachesf Saúde Essencial

Fachesf Saúde Vida

Fachesf Saúde Mais

Fachesf Saúde Plus



4 – Declaração

3.1 – Declaro que, ao assinar o presente documento de inclusão de dependentes, tomei conhecimento do regulamento e das normas vigentes, aceitando-os na totalidade.

3.2 – Declaro ainda:

- i) Estar ciente de que as coberturas asseguradas pelo plano deverão observar os períodos de carência estabelecidos no regulamento e normas vigentes do plano;
- ii) Estar ciente que para validade do presente documento, meu(s) dependente(s) deve(m) preencher todos os requisitos estabelecidos nos regulamentos e normas vigentes do plano;

5 – Autorização

[] Autorizo a **LUMINAR SAÚDE** a proceder com a cobrança das despesas relativas ao plano de saúde indicado, abrangendo mensalidades e coparticipações dos dependentes. A quitação poderá ocorrer mediante a emissão de boleto bancário ou, quando aplicável, por meio de desconto em folha de pagamento, conforme as regras vigentes e a categoria de contratação.

A análise desta proposta fica condicionada à entrega da cópia da documentação exigida, e seu deferimento em consonância com as normas vigentes.

Após o processamento e deferimento, o referido documento torna-se válido como contrato de adesão, recebendo o titular uma via deste.

(LOCAL E DATA) _____, ____/____/____

Assinatura do titular

