

Em razão da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) que regula as atividades de tratamento de dados pessoais, estou ciente e concordo que a inclusão/alteração da minha opção irá refletir no meu cadastro oficial da empresa, assim como poderá ser comparado aos meus dados cadastrados junto aos Órgãos Governamentais.

() Sim, declaro ser verdade

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

À

STELLANTIS SAÚDE

Declaro, para os devidos fins, que mantenho como meu (minha) dependente, o (a) Sr(a). _____ CPF (obrigatório para independente da idade do beneficiário): _____, Nome da Mãe (completo e sem abreviaturas): _____, o qual reside à Rua/Av.: _____ N.º: _____ Bairro: _____ Cidade _____, motivo pelo qual requeiro-lhes que seja o mesmo incluído no PLANO STELLANTIS SAÚDE, regulamentado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, como beneficiário dependente.

Comprometo-me, desde já, a, imediatamente, comunicar-lhes qualquer alteração na situação supra declarada, visando excluí-lo do referido plano de saúde, sob pena de suspensão, cancelamento e até mesmo minha exclusão e de meus dependentes do plano de saúde e assistência médica, obrigando-me a ressarcir à Stellantis Saúde todos os custos e despesas incorridas pela mesma, face à minha omissão, sem prejuízo de outras sanções que possam vir a ser aplicadas por minha Empregadora, incluindo, sem se limitar a, pedido de ressarcimento ou desconto de despesas indevidas em minha folha de pagamento.

Por ser verdade, firmo o presente, sob as penas da Lei, especialmente do quando disposto no artigo 299 (declaração falsa) do Código Penal.

VÍNCULO DE DEPENDÊNCIA:

() filho / enteado universitário - curso _____ período: _____

() companheiro(a) Dependência no IR () sim () Não

() filho(a) enteado incapaz civilmente Dependência no IR () sim () Não

() enteado(a)

COLABORADOR: _____ EMPRESA: _____

MATRÍCULA: _____ CRESP/EQUIPE: _____

TELEFONE: _____

Betim, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA: _____

Em razão da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) que regula as atividades de tratamento de dados pessoais, estou ciente e concordo que a inclusão/alteração da minha opção irá refletir no meu cadastro oficial da empresa, assim como poderá ser comparado aos meus dados cadastrados junto aos Órgãos Governamentais.

() Sim, declaro ser verdade

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE SOLTEIRO (A)

À

STELLANTIS SAÚDE

Declaro, para os devidos fins, que meu (minha) dependente, o (a) Sr. (Srta.)

se encontra em estado civil de SOLTEIRO, motivo pelo qual requeiro-lhes que seja o mesmo incluído no PLANO STELLANTIS SAÚDE como beneficiário dependente.

Comprometo-me, desde já, a, imediatamente, comunicar-lhes qualquer alteração na situação supra declarada, visando excluí-lo do referido benefício, sob pena de suspensão, cancelamento e até mesmo minha exclusão e de meus dependentes do Programa de Benefícios, sem detrimento do pedido de ressarcimento de despesas indevidas e outras sanções por minha Empregadora.

Por ser verdade, firmo o presente, sob as penas da Lei, especialmente do quando disposto no artigo 299 (declaração falsa) do Código Penal.

COLABORADOR: -----

EMPRESA: ----- MATRÍCULA: -----

CRESP/EQUIPE: ----- TELEFONE: -----

Betim, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA: -----

ANEXO I

Os dependentes serão inscritos no Plano Stellantis Saúde, mediante apresentação da seguinte documentação:

I – Companheiro (a):

A inclusão de cônjuge ou de companheiro (a) de união estável ou de companheiro de união homoafetiva é excludente entre si, não sendo permitida a inscrição cumulativa.

- a) Escritura Pública de União Estável emitida pelo cartório, bem como documentos comprobatórios da relação pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Comprovante de residência atualizado (em nome do titular e do companheiro (a));
- d) Certidão de nascimento atualizada (emitida nos últimos três meses - em nome do titular e do dependente)
- e) Nos dois casos, se o funcionário (a) ou o (a) companheiro (a) já tiverem sido casados deve ser apresentada a documentação de Divórcio averbado OU Separação Judicial da antiga união;
- f) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;

II – Enteadado (a):

Somente será aceita a inclusão de enteadado, cujo cônjuge / companheiro (a) do Titular apresentar documento de guarda do filho(a) emitido por órgão competente, salvo nos casos em que um dos pais seja desconhecido (certidão de nascimento) ou falecido (certidão de óbito).

- a) Certidão de nascimento
- b) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente
- c) Declaração de dependente solteiro (a)
- d) CPF (obrigatório independente da idade)

III – Filho (a)/enteado(a) Universitário (a) – solteiros, maior de 19 anos e menor que 24 anos completos de idade e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação:

Somente será aceita a inclusão de enteadado, cujo cônjuge / companheiro (a) do Titular apresentar documento de guarda do filho (a) emitido por órgão competente, salvo nos casos em que um dos pais seja desconhecido (certidão de nascimento) ou falecido (certidão de óbito).

- a) Certidão de Nascimento
- b) CPF (obrigatório independente da idade)
- c) Comprovante de matrícula em curso superior regular reconhecido pelo MEC, que deverá ser renovado semestralmente.
- d) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente
- e) Declaração de dependente solteiro (a)

IV – Filho/enteado incapaz civilmente:

- a) Certidão de nascimento
- b) Documentação comprobatória da necessidade especial, mediante apresentação de laudo pericial médico expedido ou validado por um médico pertencente ao quadro de empregados da Stellantis Saúde comprovando o estado permanente.
- c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente
- d) Declaração de dependente solteiro (a)
- e) CPF (obrigatório independente da idade)

V - Menor Sob Guarda:

Somente será aceita a inclusão do menor sob guarda, cujo cônjuge / companheiro (a) do Titular apresentar documento de guarda do filho (a) emitido por órgão competente, salvo nos casos em que um dos pais seja desconhecido (certidão de nascimento) ou falecido (certidão de óbito);

- a) Certidão de Nascimento
- b) Declaração de guarda judicial, definitiva ou provisória, sendo necessária a renovação anual, desta última hipótese
- c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente Menor Sob Guarda
- d) Declaração de dependente solteiro (a)
- e) CPF (obrigatório independente da idade)

Protocolo de recebimento de documentação:

Data recebimento: _____ / _____ / _____

Próxima renovação: _____ / _____ / _____

- Dependente universitário
- Enteadado (a)
- incapaz civilmente
- Companheiro (a)
- Menor sob guarda

Titular: _____

Dependente: _____

Matricula: _____ Atendente: _____

Observação: O prazo médio para inclusão / renovação são de 10 dias úteis. Favor acompanhar ativação no Portal do Beneficiário disponível no site www.stellantissaude.com.br ou pelo aplicativo da Stellantis Saúde.