

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: _____