

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR DEPENDENTE MENOR SOB GUARDA

À

STELLANTIS SAÚDE

Declaro, para os devidos fins, em especial para surtir efeitos junto à STELLANTIS SAÚDE, que mantenho como meu dependente o menor _____que reside em minha companhia, motivo pelo qual requeiro-lhes que seja o mesmo incluído/mantido como meu dependente no **PLANO DE SAÚDE**.

Justifica o presente pedido o fato de estar esse menor sob minha guarda provisória, conforme deferido pelo MM. Juiz da _____ em _____ de _____ de _____.

Comprometo-me, sob as penas da Lei, a imediatamente comunicar-lhes qualquer alteração na situação supra declarada, visando excluí-lo do benefício concedido, sob pena de suspensão, cancelamento e até mesmo minha exclusão e de todos os meus dependentes do aludido plano de saúde, 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 quanto disposto no artigo 299 (declaração falsa) do Código Penal.

COLABORADOR: _____ EMPRESA: _____

MATRÍCULA: _____ CRESP/EQUIPE: _____

TELEFONE: _____

Betim, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA: _____

Observação: É obrigatório apresentar, juntamente com esse termo preenchido e assinado, os documentos abaixo, sendo que, para ser aceito, o dependente menor sob guarda ou tutela deve ser solteiro e dependente economicamente do Titular:

- a) Certidão de Nascimento
- b) CPF (obrigatório independente da idade do beneficiário)
- c) Declaração de guarda judicial, definitiva ou provisória, sendo necessária, nesta última hipótese, a renovação anual
- d) Declaração de dependente solteiro(a) preenchida e assinada.

Anexar este documento preenchido e assinado nos casos de dependente seja filho, enteado ou sob guarda Universitário e para filho portador de necessidades especiais.

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 DE SAÚDE 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: -----