

Unidade de atendimento: () Mecânica () Montagem () Prensas Empresa: _____

Atendido por: _____



ANS Nº 418285

DECLARAÇÃO

À
FCA 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 _____, auferindo rendimentos mensais no valor de R\$ _____

(apenas para filho(a) portador(a) de deficiência), motivo pelo qual requeiro-lhes que seja o mesmo incluído no **PLANO FCA 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 Fundação dos Empregados da Fiat 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) portador(a) de necessidades especiais permanentes Dependência no IR () sim () Não
() enteado(a)

COLABORADOR: _____ EMPRESA: _____

REGISTRO: _____ CRESP/EQUIPE: _____ TELEFONE: _____

Betim, _____ de _____ de 20 _____.

ASSINATURA: _____

Observação: É obrigatório apresentar os documentos listados ANEXO I a este termo, juntamente com a declaração de dependente solteiro(a) devidamente preenchida e assinada.

Unidade de atendimento: () Mecânica () Montagem () Prensas Empresa: _____

Atendido por: _____



ANS Nº 418285

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE SOLTEIRO (A)

À
FCA 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 FCA 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: _____ REGISTRO: _____

CRESP/EQUIPE: _____ TELEFONE: _____

Betim, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA: _____

Unidade de atendimento: () Mecânica () Montagem () Prensas Empresa: _____

Atendido por: _____



ANS Nº 418285

ANEXO I

Os dependentes serão inscritos no Plano FCA 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) Declaração de cartório de União Estável, 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) Registro de Imóvel no nome do casal OU Conta bancária conjunta OU Declaração como dependente no IR OU Seguro de vida em que o Companheiro (a) seja beneficiário;
- d) Comprovante de residência atualizado (em nome do titular e do companheiro (a));
- e) Certidão de nascimento atualizada (emitida nos últimos três meses);
- f) 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;
- g) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;

II – Enteadado (a):

Somente será aceita a inclusão de enteado, 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, entre 19 (dezenove) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação:

Somente será aceita a inclusão de enteado, 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)

Unidade de atendimento: () Mecânica () Montagem () Prensas Empresa: _____

Atendido por: _____

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 (a) /enteado (a) Portador de Necessidades Especiais - solteiros, de qualquer idade, portadores de necessidades especiais, com renda mensal de até dois salários mínimos vigentes:

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 **FCA 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

() Companheiro (a)

() Enteado (a)

() Menor sob guarda

() Dependente portador de invalidez

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.fcasaude.com.br.