

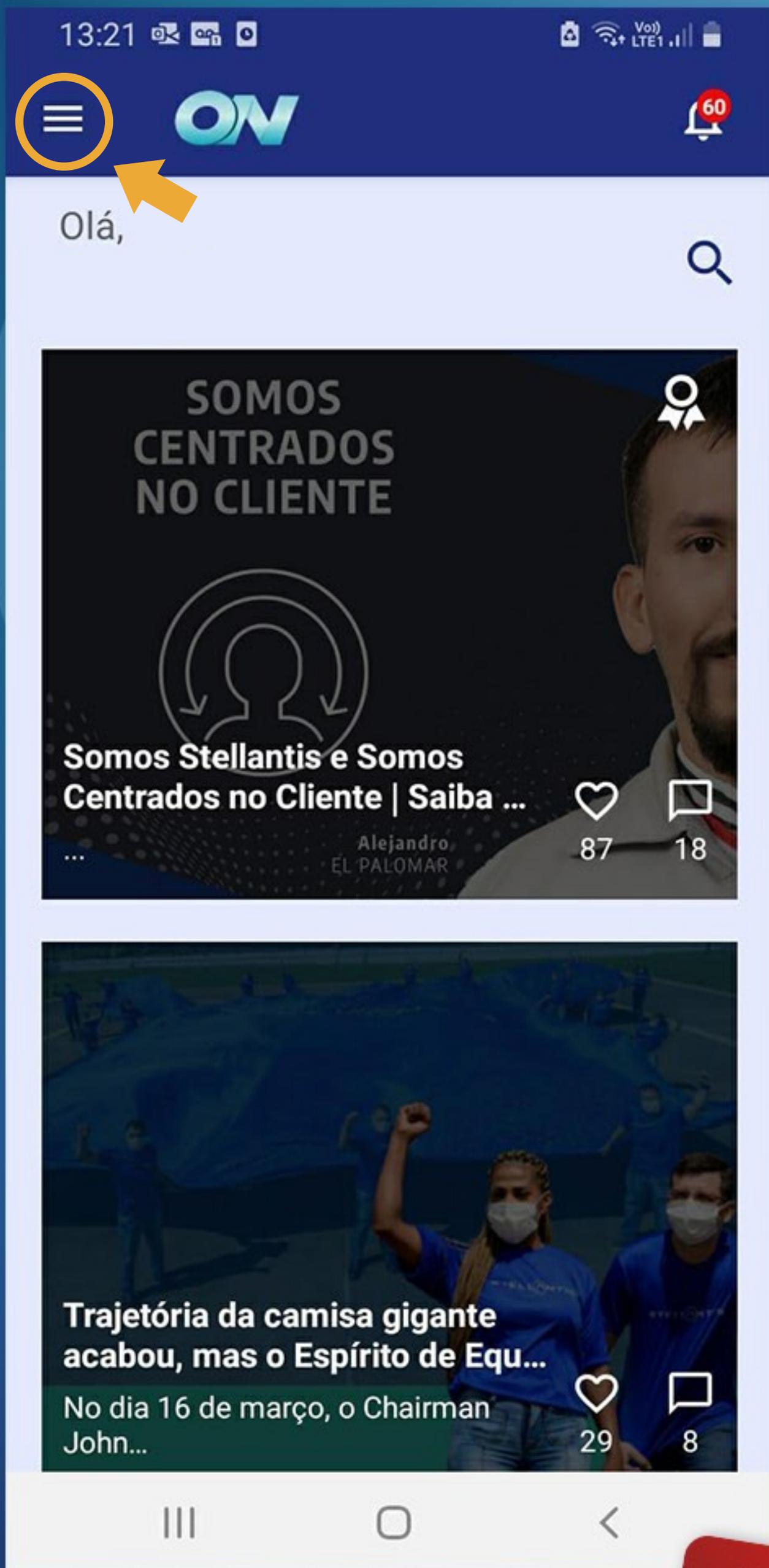


**PASSO A PASSO
PARA REALIZAR**

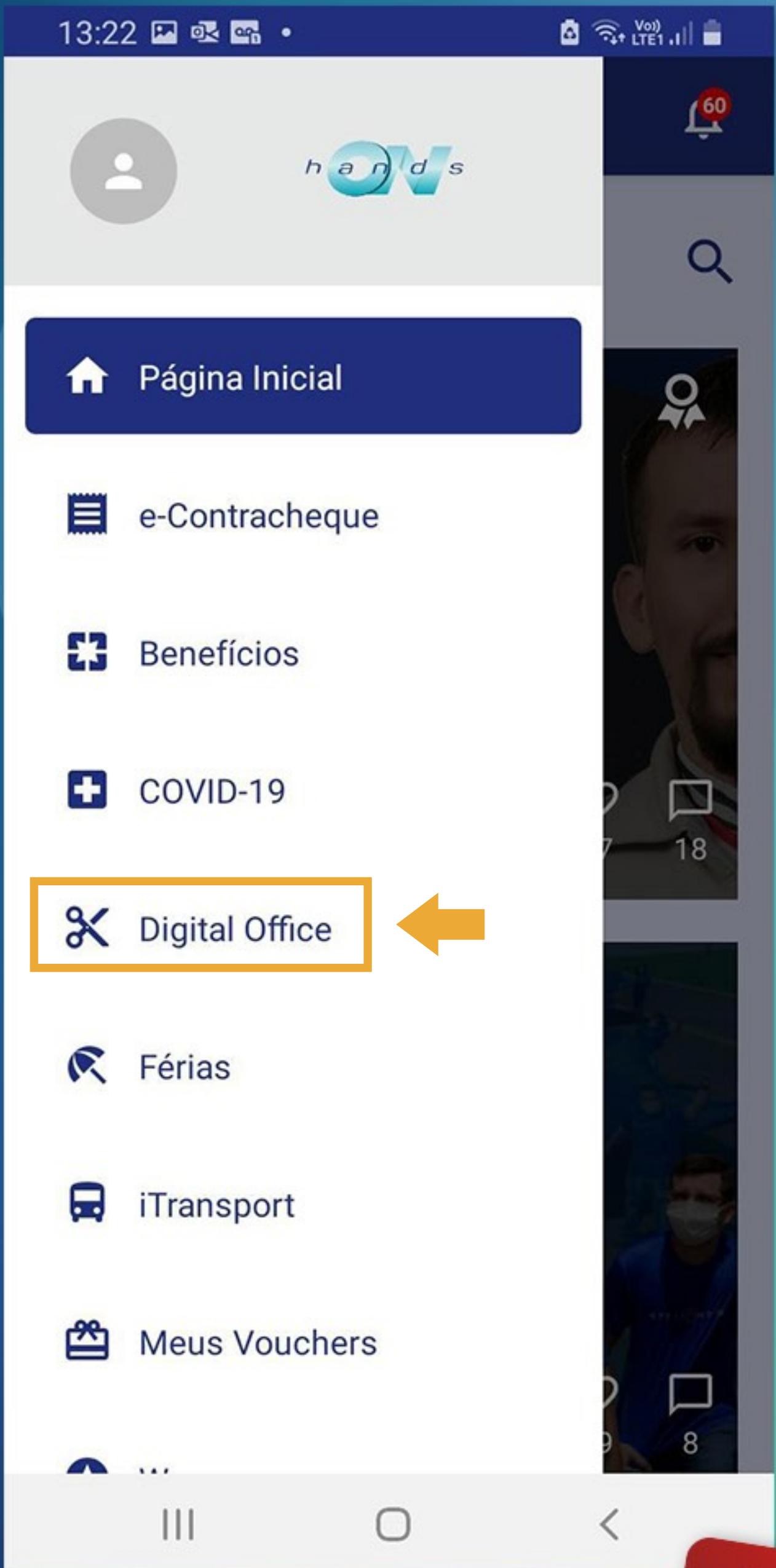
**ADESÃO,
INCLUSÃO
DE NOVOS
DEPENDENTES
OU ALTERAR O TIPO DE
PLANO DE
SAÚDE**

STELLANTIS
SAÚDE

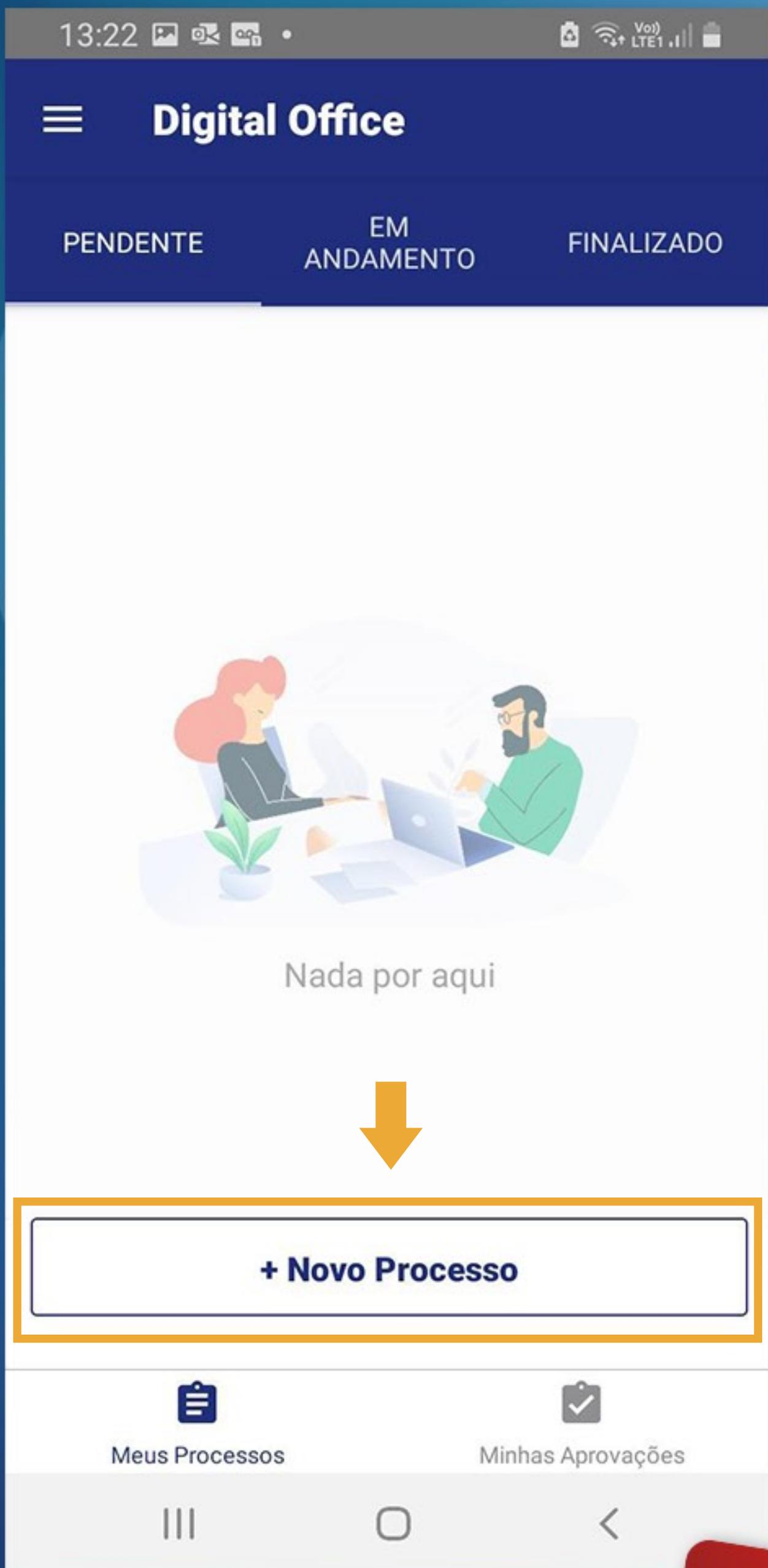
1º Abra o seu HANDS ON e clique no botão indicado



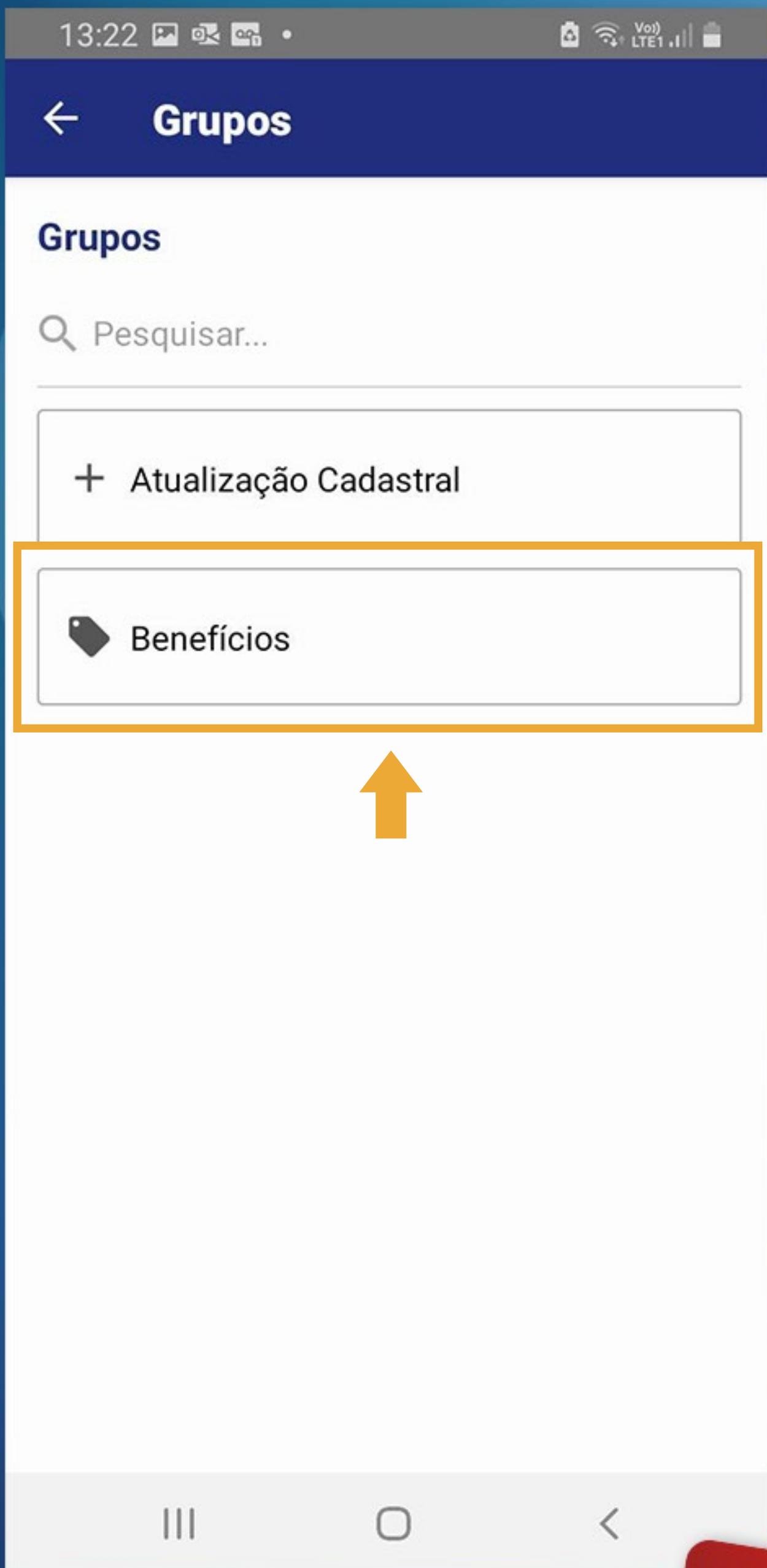
2º Clique no botão indicado



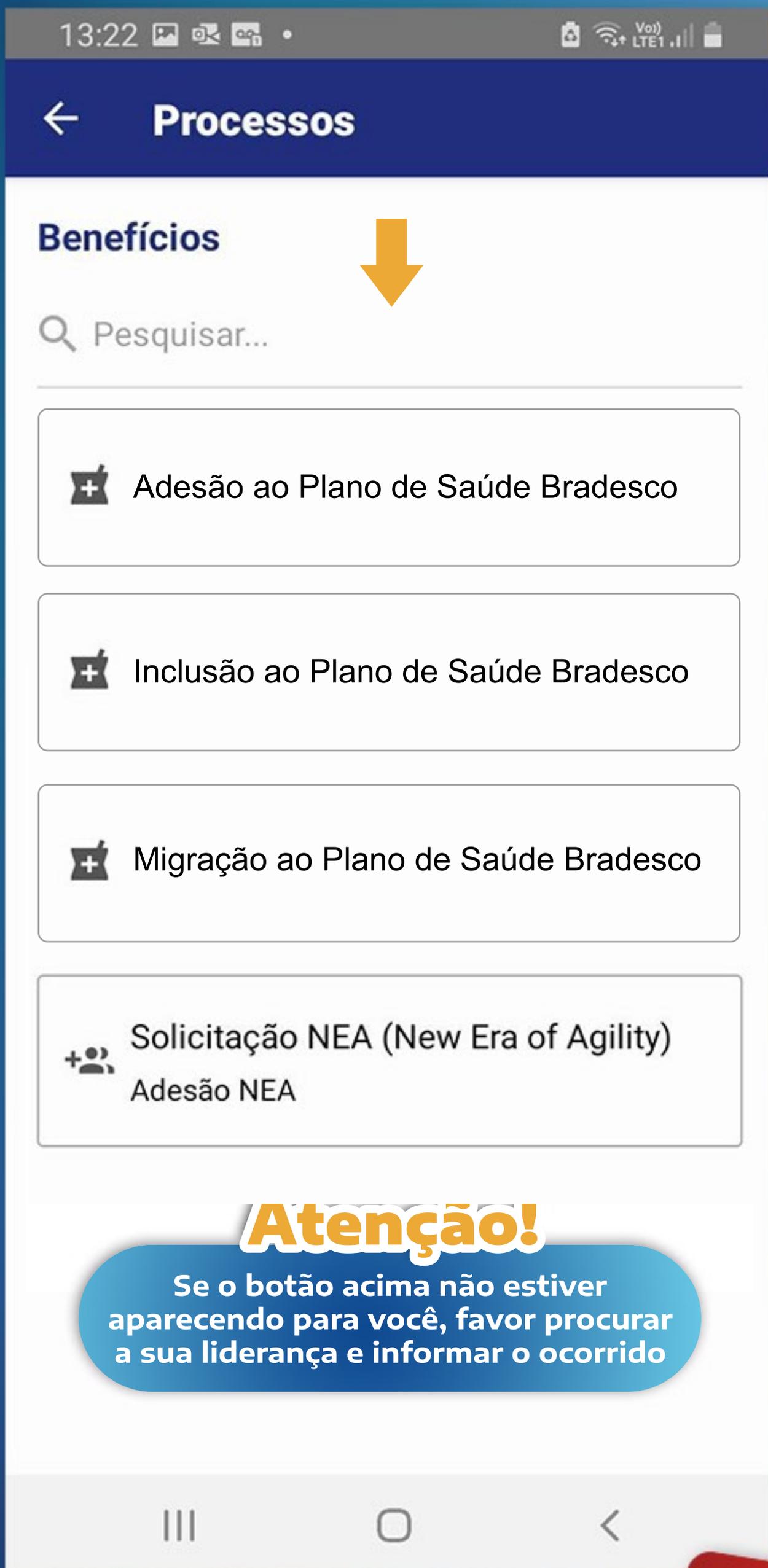
3º Clique no botão indicado



4º Clique no botão indicado



5º Escolha a opção conforme a sua elegibilidade e interesse



Atenção!

Se o botão acima não estiver aparecendo para você, favor procurar a sua liderança e informar o ocorrido



6º Preencha os campos indicados e depois clique em “AVANÇAR”

13:27     

 **Novo Processo**

utilização e/ou dos meus dependentes.

Declarações

Na condição de titular, autorizo o desconto mensal das mensalidades e das coparticipações diretamente da minha folha de pagamentos. Caso não haja margem consignável suficiente para o desconto, estou ciente de que o saldo será transferido para a próxima folha de pagamento. Autorizo, na hipótese de impossibilidade de desconto, a emissão de título de cobrança ou boleto bancário para o mesmo fim.

Declaro que preenchi a solicitação de Adesão ao plano de saúde com atenção, entendi e estou de acordo com as condições do regulamento descrito acima.

Declaração*:

Sim, declaro ser verdade.

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.







7º Clique no botão indicado

13:27     

 **Novo Processo**

utilização e/ou dos meus dependentes.

Declarações

Na condição de titular, autorizo o desconto mensal das mensalidades e das coparticipações diretamente da minha folha de pagamentos. Caso não haja margem consignável suficiente para o desconto, estou ciente de que o saldo será transferido para a próxima folha de pagamento.

Au
de
bo

De
pla
ac
ac

De

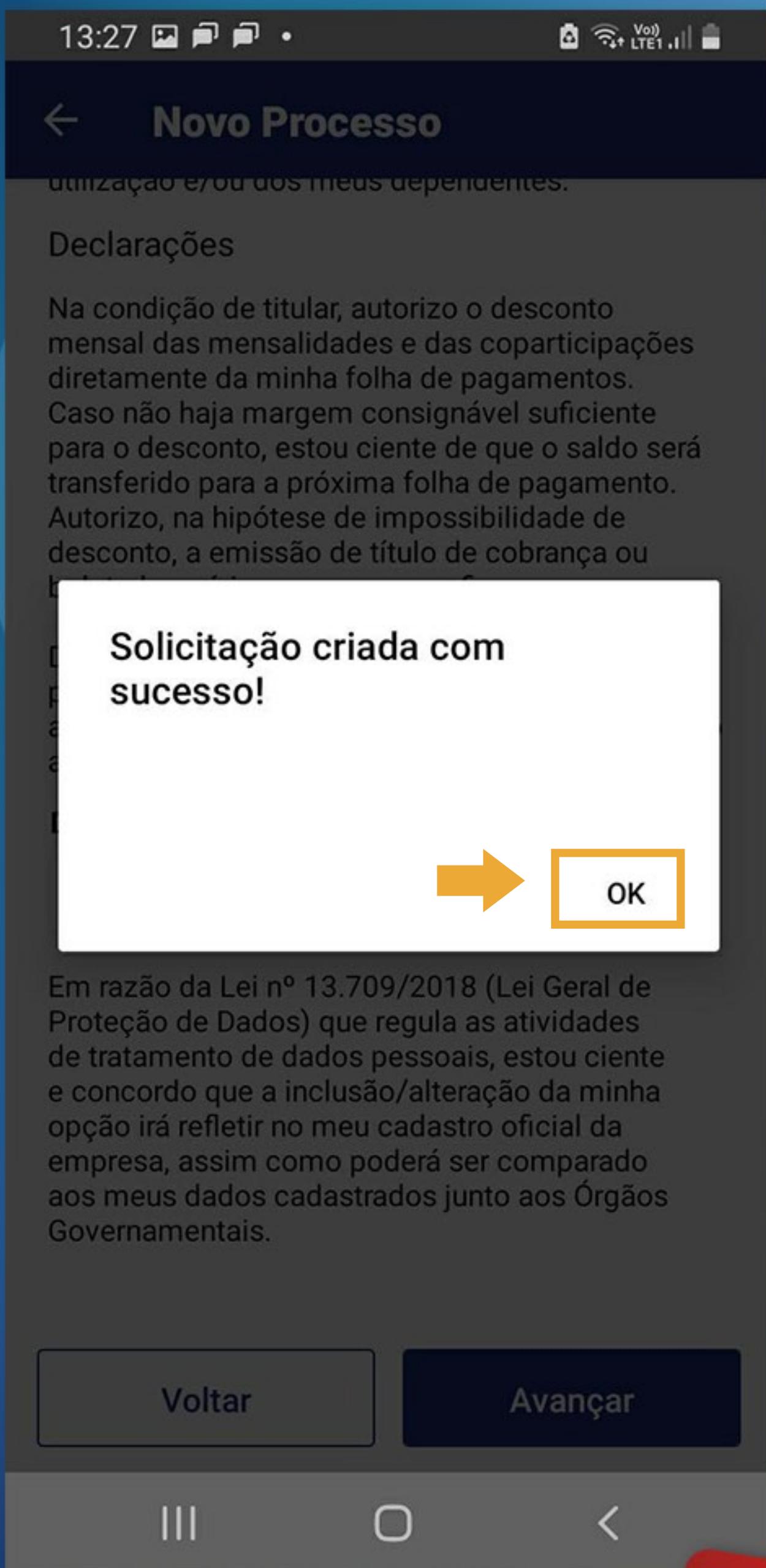


Em
Proteção de dados, que regula as atividades de tratamento de dados pessoais, estou ciente e concordo que a inclusão/alteração da minha opção irá refletir no meu cadastro oficial da empresa, assim como poderá ser comparado aos meus dados cadastrados junto aos Órgãos Governamentais.



8º Clique no botão indicado



13:27 [ícones de notificação] [ícones de conexão]

← **Novo Processo**

utilização e/ou dos meus dependentes.

Declarações

Na condição de titular, autorizo o desconto mensal das mensalidades e das coparticipações diretamente da minha folha de pagamentos. Caso não haja margem consignável suficiente para o desconto, estou ciente de que o saldo será transferido para a próxima folha de pagamento. Autorizo, na hipótese de impossibilidade de desconto, a emissão de título de cobrança ou

Solicitação criada com sucesso!

→ **OK**

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.

Voltar **Avançar**

[ícones de navegação]





STELLANTIS
SAÚDE

O elo entre você e o seu bem-estar