

Termo de Inclusão no Plano de Saúde

Eu, _____, CPF _____, RG _____, Matrícula _____, declaro livre intenção de adesão ao plano de saúde do Grupo Empresarial Drogarias Lucena, estando ciente de que o custo do mesmo terá contribuição por minha parte, tendo o respectivo desconto mensalmente em folha de pagamento, tanto para o meu valor como titular e o valor dos meus respectivos dependentes que forem por mim inscritos, conforme regras descritas no verso deste termo e/ou valores posteriormente acertados nas novas renovações dos planos de saúde da empresa.

Estou ciente da necessidade de cumprir o período mínimo de permanência de 12 meses, sendo necessário o pagamento da multa contratual referente ao número de mensalidades faltantes para chegar ao mínimo dos 12 meses de contrato. Essa regra é válida para cada beneficiário correspondente ao meu grupo familiar, caso decida deixar o plano antes deste prazo.

O cancelamento do plano por parte do titular cancela automaticamente todos os seus dependentes inscritos e gera a necessidade do pagamento da multa para cada beneficiário. A isenção desta multa se dará apenas após o cumprimento do prazo mínimo ou a extinção do meu contrato de trabalho.

Santa Luzia, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____.

	Nome	Data de Nascimento	Plano Escolhido	
FUNCIONÁRIO			() Integral	() Plus II

	Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
DEPENDENTES			

Obs.: Dependente obrigatoriamente deve ter o mesmo plano do titular

Documentos para comprovação de vínculo com o titular:

- RG e CPF ou CNH
- Certidão de Casamento ou União Estável (se não tiver, solicitar modelo)
- Certidão de Nascimento para menores de 18 anos
- Para estudantes universitários, apresentar comprovante de matrícula