|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA REAL GRANDEZA**  **Proposta de Adesão** | |
| Empresa | Categoria do Beneficiário Titular |  |
| ELETROBRAS | Empregados e Administradores | Assistido |
| REAL GRANDEZA | Ex-empregados e ex- administradores | Pensionista |
|  | Sócios e Associados | Usuário Independente |
| ELETRONUCLEAR |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Titular | Matrícula/DV | ID FRG | Telefone ou ramal | |
| - | ( | ) |

|  |  |
| --- | --- |
| PLANOS: | EXECUTIVO EXECUTIVO PLUS PLAMES SALUTEM RJ  PLAMES SALUTEM REGIONAL PLAMES SALVUS RJ PLAMES SALVUS REGIONAL PLAMES AURUM PLAMES IDEAL |

Os beneficiários serão inscritos / migrados nos Produtos, conforme opção de Plano escolhida e de acordo com os critérios de elegibilidade previstos Capítulo II dos Regulamentos dos Planos, com exceção do Plano Executivo e do Plano Executivo Plus cujos critérios de elegibilidade estão descritos no Capítulo IV.

Relacione, abaixo, somente o(s) nome(s) do(s) beneficiário(s) a ser(em) incluído(s)/migrado(s):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Item | Nome | Data de nascimento | Condição de dependência | Escreva o nome do plano |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

Estando de acordo com o regulamento dos planos em vigor, solicito que seja(m) providenciada(s) a(s) inclusão(ões) e a(s) migração(ões) em referência e autorizo a REAL GRANDEZA a processar as cobranças correspondentes. Ciente de que, caso seja necessária a emissão de boletos adicionais, a cobrança pela emissão do documento poderá ser realizada.

1ª via – REAL GRANDEZA 2ª via – Beneficiário

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Titular | Data |

ATENÇÃO: Todas as movimentações efetuadas até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processadas no mesmo mês. Após essa data, serão processadas no mês seguinte.

A movimentação será considerada efetuada após a conclusão do procedimento de avaliação das doenças e lesões preexistentes para a oferta da cobertura parcial temporária ao beneficiário, na forma da regulamentação da ANS.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Reservado à REAL GRANDEZA | | | | |
| Decisão sobre o pedido | | | Data de início da adesão | Assinatura |
| Deferido | Indeferido | Sem alteração |
| Observações | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

Os dados solicitados nesta ocasião serão armazenados e utilizados exclusivamente para finalidades legítimas vinculadas à execução de seu contrato com a REAL GRANDEZA e ao cumprimento das obrigações legais e/ou regulatórias desta, incluindo-se o compartilhamento com terceiros contratados pela REAL GRANDEZA para os mesmos fins. Para maiores informações, leia a Política de Proteção de Dados Pessoais da Fundação Real Grandeza e o Termo de Privacidade, em [www.frg.com.br,](http://www.frg.com.br/) ou entre em contato com nosso encarregado em [dpo@frg.com.br.](mailto:dpo@frg.com.br) Ao preencher este cadastro, o aderente declara que leu ambos os documentos, que integram seu contrato para todos os fins e efeitos.

Sob as penas da lei, o aderente é responsável pela veracidade das informações acima, bem como declara e garante que os dados referentes a terceiros beneficiários e/ou dependentes foram compartilhados conosco com a autorização destes ou de seus responsáveis legais, conforme o caso.