

Nº matrícula Titular _____

Nº matrícula Beneficiário _____

Nome completo do beneficiário para transferência _____

CPF _____

Plano para desligamento (nº Reg. ANS no anexo): _____

Plano para inscrição (nº Reg. ANS no anexo): _____

Nome do Plano _____

Nome do Plano _____

Cor/Raça/Etnia

 Amarela Branca Indígena Parda Preta

Declaração e Consentimento

Tenho ciência e/ou afirmo:

1. Ter lido e estar de acordo com o Estatuto da CAPESESP, o regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais contratado, a rede credenciada, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, todos disponíveis para consulta no site da CAPESESP www.capesesp.com.br, em especial as seguintes condições:

a. Que a cobertura para os dependentes naturais filhos, enteados, menores sob guarda e tutelados, é até atingir a maioridade, podendo ser estendida até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estudante, solteiro e sem rendimentos próprios. Para manutenção dessa condição, o titular deverá apresentar a ficha de pré-inscrição autorizada pela patrocinadora no mês que completar a idade limite. Caso não cumpridos esses requisitos o dependente será desligado do plano, podendo ser inscrito novamente até 60 (sessenta) dias sem cumprimento de novas carências. Após a idade limite, o dependente perde o direito de permanência na condição de dependente natural e, se o titular desejar, poderá optar por inscrevê-lo como dependente-agregado em plano específico, mediante pagamento do valor de tabela correspondente ao referido plano;

b. Que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento;

c. Que eventuais alterações referentes aos dados cadastrais informados na presente proposta deverão ser comunicadas por meio de formulários próprios, disponíveis no site da CAPESESP. É responsabilidade do beneficiário manter seus dados atualizados junto à CAPESESP;

2. Que o Plano de saúde ora contratado é do tipo coletivo empresarial, que não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais ou familiares. A Tabela de valores de contribuição mensal por BENEFICIÁRIO encontra-se disponível no site da Entidade, atualizada a cada 12 (doze) meses com base em estudos atuariais, observando-se a legislação vigente e o regulamento, e, ainda, que a coparticipação financeira pela utilização dos serviços de assistência à saúde, se incidir, será conforme previsto nos regulamentos dos planos contratados;

3. Ter conhecimento de que a cobertura e a abrangência serão conforme a modalidade de plano de assistência médica escolhido, e os benefícios assistenciais podem variar de acordo com o regulamento, respeitando a cobertura assistencial mínima definida pela ANS, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

4. Que o vínculo ao plano só será efetivado com o processamento da proposta de inscrição, mediante a análise dos documentos comprobatórios necessários para o ingresso, assim como análise cadastral e financeira do beneficiário, autorização da Patrocinadora, ausência de débitos e inexistência de impedimentos de qualquer ordem, inclusive em decorrência de fraude ou inelegibilidade.

5. Que autorizo a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos, referentes aos procedimentos solicitados pelo beneficiário, respeitadas as questões que envolvem sigilo das informações;

6. Que o TITULAR ou DEPENDENTE deverão, obrigatoriamente, comunicar à Capesesp, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ocorrência, qualquer alteração que implique na perda do direito de vínculo ao Plano, sob pena de sujeitar-se às sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais;

7. Que a falsidade de informações ou o não cumprimento do regulamento poderá implicar em sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais previstas no art. 299 do Código Penal e nos arts. 186 e 187 do Código Civil;

8. Que autorizo o desconto em minha folha de pagamento dos valores referentes às contribuições mensais para os Planos de Benefícios contratados junto à CAPESESP, conforme tabela(s) e regulamento(s) do(s) Plano(s) e Produto(s) contratado(s), bem como por toda e qualquer dívida contraída antes ou após o desligamento dos planos, inclusive relativas a eventos realizados indevidamente. Ciente que, independente do motivo, os valores referentes às contribuições mensais que não forem descontados em folha de pagamento, deverão ser efetivados mediante pagamento de boleto bancário, a ser emitido via internet ou pela CAPESESP, a pedido do Titular, ou qualquer outra forma de cobrança que venha a ser estabelecida;

9. Que autorizo a utilização dos dados pessoais e informações sobre saúde, com a finalidade de gerar dados para estudos e pesquisas científicas, visando a promover ações e projetos para melhorias práticas e preventivas pela CAPESESP no âmbito do atendimento à saúde suplementar. Esta autorização pode ser revogada a qualquer tempo, por simples requerimento à CAPESESP;

10. Que após a contratação do plano de saúde, mediante assinatura do formulário de inscrição pelo associado, a CAPESESP tem autorização legal para o tratamento dos dados pessoais dos beneficiários, tanto titulares como dependentes, com a finalidade específica de cumprimento do contrato de prestação de serviços de assistência à saúde, utilizando-se das bases legais correspondentes a cada tratamento de dados, inclusive para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pela CAPESESP, cujo tratamento está autorizado pelo art. 7º, inc. II da LGPD sem a necessidade de consentimento do titular dos dados.

11. Ter ciência de que eventuais alterações em quaisquer informações prestadas deverão ser comunicadas de imediato à CAPESESP;

12. Ter recebido 01 (uma) cópia do presente Termo Conjunto de Desligamento/Inscrição.

O aceite das declarações prestadas dar-se-á pela assinatura no presente formulário.

A declaração abaixo deverá ser preenchida apenas pelos beneficiários que se enquadram na condição de Pessoa Exposta Politicamente, conforme previsto na Instrução Normativa Previc nº 34/2020

Em atenção ao disposto na Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020, especialmente quanto à obrigatoriedade, por parte da CAPESESP, do desenvolvimento e da implementação de procedimentos que possibilitem a identificação e a qualificação de clientes como Pessoa Exposta Politicamente, DECLARO, para os devidos fins, e sob as penas da lei, que:

SOU PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, tendo em vista que me enquadrei ou me enquadro nas categorias previstas nos §§ 1º, 2º e 3º no Art. 15 da Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020.

POSSUO vínculo de parentesco, relacionamento próximo ou represento Pessoa Exposta Politicamente, nos termos do Art. 16 da Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020.

NÃO SOU PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE.

Local _____

Data _____

Assinatura do Titular ou Responsável _____

Cliente

Local _____

Data _____

Assinatura do Dependente ou Responsável _____