



ANS - nº 324477

Protocolo (preenchimento CAPESESP)

Matrícula do agregado (preenchimento CAPESESP)

Requerimento de dependente-agregado de Instituidor Falecido

Tipo de Requerimento

 Manutenção Nova Inscrição (somente para beneficiário excluído por débito)

Nome completo do ex-associado

Data do óbito

Matrícula

Dados Pessoais

Dependente-agregado

Parentesco com o Instituidor

Endereço (Rua, número, complemento)

Bairro

Cidade

CEP

UF

Telefone residencial (DDD)

Telefone celular (DDD)

Telefone trabalho (DDD)

E-mail (1)

E-mail (2)

Deseja receber correspondências da CAPESESP via e-mail?

 SIM NÃO

Estado civil

Data de nascimento

CPF

Carteira de Identidade

Órgão Expedidor

Sexo

Filiação / Pai

Mãe

PIS / PASEP

Carteira Nacional de Saúde

Dados Bancários

Número e nome do banco

Número e nome da agência

Conta corrente

Tipo de Plano

 Assistência Básica 4 - Reg. ANS: 449.371/04-1 Mantém o Plano que estava vinculado na data do óbito do titular (se por faixa etária) Assistência Superior 4 - Reg. ANS: 449.372/04-9

Obs.: Não aplicável a nova inscrição

CAPESAÚDE Urgente

CAPESAÚDE **Plano 1** - Orientação Médica Telefônica 24 horas

Urgente **Plano 2** - Orientação Médica Telefônica 24 horas; Atendimento Médico Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência (restrito a algumas cidades).

Não.

Quando o requerimento referir-se a nova inscrição, a entrega do presente documento não implica no início imediato da vigência e cobertura do Plano de Benefícios Assistenciais. A inscrição será efetivada no momento em que o requerente receber da CAPESESP, via correio, a carteira do plano de saúde, o que ocorrerá após 15(quinze) dias da entrega deste formulário, ressalvados os casos de pendências de apresentação de documentos e/ou existência de débitos em atraso com a CAPESESP.

O associado autoriza a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos.

O associado se responsabiliza pelo pagamento das suas contribuições mensais, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas, tais como co-participação financeira em consultas, exames, pequenos atendimentos e internações, quando for o caso.

Todas as parcelas devidas a título de contribuição mensal pelo dependente-agregado de instituidor falecido, com exceção das referentes as co-participações financeiras, serão cobradas no próprio mês a que se referirem.

O proponente declara que ao assinar o presente requerimento de inscrição recebeu 01(uma) cópia desta, bem como o Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e do CAPESAÚDE, de cujo conteúdo tomou conhecimento aceitando, plenamente, todas as suas cláusulas e condições, estando ciente dos valores de contribuição, os quais deverão ser pagos por meio de ficha de compensação bancária ou débito automático em conta corrente. De acordo.

Local e data

Assinatura do(a) Requerente ou Responsável

Informações Importantes

⌘ Carências do CAPESAÚDE:

- √24h para consultas e atendimentos de emergência;
- √90 dias para atendimentos eletivos, exames e tratamentos com senha;
- √180 dias para internação cirúrgica eletiva;
- √300 dias para partos a termo.

⌘ Quem está habilitado a se manter:

- √Os dependentes-agregados do titular falecido;
- √Os Pensionistas do titular falecido que perderam esta condição por qualquer motivo;
- √Os dependentes naturais válidos, quando não forem reconhecidos pela Patrocinadora e que estiverem inscritos no Plano de Benefícios Assistenciais na data do óbito;
- √Os dependentes naturais válidos maiores de 21 anos e que estiverem inscritos no Plano de Benefícios Assistenciais na data do óbito.

⌘ Prazo para solicitar a manutenção:

- √Até 30 dias:
 1. da data do óbito do associado;
 2. da cessação da pensão;
 3. do desligamento do dependente-agregado na matrícula do Pensionista.

⌘ Documentos necessários:

- √Formulário devidamente preenchido e assinado pelo requerente ou seu representante legal;
- √Cédula de Identidade;
- √Comprovante de residência;
- √Comprovante de dados bancários;
- √Certidão de óbito do ex-associado;
- √Formulário Perfil da Saúde do Associado, preenchido e assinado;
- √CPF.

⌘ Informações sobre o preenchimento:

- √Matrícula do ex-associado: preencher com a matrícula do associado na CAPESESP;
- √Todos os campos dos DADOS PESSOAIS e BANCÁRIOS deverão ser preenchidos impreterivelmente.

⌘ Importante:

- *Lembrar de assinar o tipo de plano do CAPESAÚDE.
- *CPF obrigatório, conforme Resolução Normativa nº 187, de 09/03/09, aprovada pela ANS.
- *PIS / PASEP e Cartão Nacional de Saúde opcionais.